Secrétariat du
Comité de la santé mentale du Québec

La santé mentale
Direction–An 2000

Document de planification en santé mentale élaboré à partir des avis du Comité de la santé mentale du Québec, dans la perspective d'une prise de décision.

Québec

LA SANTE MENTALE ..... DIRECTION AN 2000

Document de planification en santé mentale,
produit à partir des Avis du
Comité de la santé mentale du Québec,
dans la perspective d'une prise de décision.

Octobre 1985

DOCUMENT préparé par
Marc Grenier md
Secrétariat du Comité de
la santé mentale du Québec

© Gouvernement du Québec, 1985
ISBN 2-550-12591-6
Dépôt légal, 4e trimestre 1985
Bibliothèque Nationale du Québec
Bibliothèque Nationale du Canada

TABLE DES MATIERES

PRESENTATION

NOTE

INTRODUCTION 1

ETATS DE SITUATION 4

Les adultes 4

- des problèmes et des besoins 5
- les services 8
- les interventions 12
- les ressources humaines 22
- la recherche 23

Les enfants et les adolescents 25

- des problèmes et des besoins 26
- les services 43
- les interventions 46
- les ressources humaines 51
- la recherche 53

LA NOTION DE SANTE MENTALE 56

VERS LA PRISE DE DECISION 67

Des principes généraux 68

Des orientations 71

- générales 71
- d'action 72

TABLE DES MATIERES

(suite)

Des objectifs 76

- de santé mentale 76
- de recherche 76
- d'éducation 77
- de soins 77

Des moyens d'action 79

- en recherche 79
- en éducation 82
- en services 84

RESUME 96

CONCLUSION 113

BIBLIOGRAPHIE 114

PRESENTATION

Au moment où le Québec compte réorienter son action en santé mentale, il convient certes de rappeler certains contenus des rapports produits par le Comité de la santé mentale du Québec, depuis sa création en 1971.

Les éléments rappelés proviennent de la majeure partie des rapports signés par le Comité. Ils sont particulièrement pertinents pour des fins de planification en santé mentale et ont trait

1- à la situation du Québec en santé mentale (besoins, services, etc.)
2- à la notion de la santé mentale
3- à la préparation de l'avenir du Québec dans ce domaine (principes, orientations, objectifs et moyens d'action recommandés).

Je suis reconnaissant au Dr Marc Grenier, médecin à l'emploi du Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec, d'avoir proposé le développement de ce nouvel outil de travail, d'échanges et de réflexion, et de l'avoir préparé. J'espère qu'il saura faciliter la consultation et l'utilisation des rapports du Comité de la santé mentale du Québec.

En rendant ce document public aujourd'hui et disponible à ceux qui s'intéressent au devenir de nos services de santé mentale, il me plaît de saluer tous ceux qui ont honoré de leur collaboration, ces dernières années, le Comité de la santé mentale du Québec et qui lui ont permis à un titre ou à un autre de développer tous ces rapports.

Gaston Harnois, Président
Comité de la santé mentale du Québec

NOTE

Le Comité de la santé mentale du Québec

Le Comité de la santé mentale du Québec (C.S.M.Q.) existe depuis 1971. Il est constitué de membres recrutés pour leurs capacités professionnelles à remplir les mandats confiés au Comité par le Ministre de la Santé et des Services sociaux.

Depuis sa création, le C.S.M.Q. a élaboré de nombreux Avis sur des sujets variés, et relatifs à la santé mentale.

Origine de l'information

Toute l'information contenue dans le présent document a été extraite exclusivement de la plupart de ces Avis et reformulée de façon à faciliter aux planificateurs l'acheminement vers une prise de décision dans des dossiers de santé mentale concernant autant les adultes que les enfants et les adolescents. Le lecteur tiendra compte de la chronologie de la parution des données utilisées.

Remerciements

L'auteur remercie le C.S.M.Q. de lui avoir permis de puiser à l'intérieur de ses oeuvres cette information.

Il remercie aussi monsieur Pierre Vendette, secrétaire du C.S.M.Q. pour sa collaboration dans la réalisation de ce projet, ainsi que madame Dolorès Gosselin, secrétaire, qui a dactylographié le document.

INTRODUCTION

Nous sommes loin du modèle paysan de vivre où les adultes évoluaient en transformant la terre en produits de survie, par l'exercice de tous les métiers, et où leurs enfants se développaient à leur école en assimilant leurs expériences et leurs connaissances, avec comme perspective d'assumer leur suite.

Ce système clos est maintenant éclaté. Les lieux et les modèles de développement de la personne se révèlent illimités. Les avantages et les conséquences négatives sur les comportements des individus apparaissent aussi vastes pour qui cherche à les comprendre pour mieux intervenir. Il faut donc oser circonscrire ce système, non pas dans une perspective de permanence, mais au fur et à mesure qu'il nous dévoile ses aspects et ses impacts.

Une rétrospective effectuée au niveau des Avis du Comité de la santé mentale du Québec (C.S.M.Q.) depuis 1971, démontre bien l'évolution des connaissances, du discours et des interventions qu'a subie le domaine de la santé mentale au cours des dernières années.

Déjà en 1973, le C.S.M.Q. exprimait cette évolution dans un de ces Avis:

> "Une vue unifiée du comportement humain normal et pathologique, appliquée au problème de la santé et de la maladie mentale, doit tenir compte de l'interaction des multiples déterminants biologiques et sociaux, et de la synthèse psychologique qui en résulte; elle doit tenir compte des grands courants de la psychiatrie et de la psychologie contemporaine (courants organiciste, psychosomatique, behavioriste, psychanalytique et phénoménologique existentiel) et des contributions des diverses disciplines des sciences humaines. Elle doit distinguer clairement les niveaux d'analyse (perception, cognition, affectivité,

(suite)

activité, relations humaines, etc.) et aborder les problèmes à partir de plusieurs points de vue (empirique, gestaltique, organismique, génétique, topographique structural, dynamique, économique "au sens psychologique du terme", adaptatif). Vient enfin le point de vue psychosocial dont le concept d'adaptation est un concept central, au sens d'une adaptation mutuelle de l'organisme et du milieu.

Une interprétation complète de la variance actuelle et historique des conduites humaines et des institutions, et une synthèse des connaissances scientifiques sur l'homme normal et l'homme malade, ne paraissent pas pouvoir s'accommoder d'un schème de référence moins vaste.
(...)

Il faut prendre garde de privilégier de façon exagérée, dans la conception des objectifs à atteindre, certaines idéologies à la mode dont les assises factuelles sont mal établies ou peu vérifiables. Par exemple, on est parfois tenté d'établir une certaine équivalence entre santé mentale et adaptation sociale et entre mésadaptation sociale et maladie mentale. Les conceptions les plus récentes contestent cependant une équivalence aussi concrète sur la base de données tant scientifiques que cliniques.
(...)

Toutes ces considérations ne font qu'illustrer la difficulté sinon l'impossibilité de proposer une définition simple de la santé mentale et soulignent combien il est en effet plus juste de parler d'une problématique de la santé et de la maladie mentale". [*]

Cette complexité du sujet fait ressortir l'importance d'une gestion intelligente, c'est-à-dire, où la connaissance des choses et des évènements, supporte la prise de décision et l'efficacité des actions.

* Référence à la bibliographie, p. 114

(suite)

Dans le processus de prise de décision, la planification joue un rôle important.

Ce rôle devient particulièrement essentiel lorsque l'objectif en jeu est la santé mentale des citoyens et des citoyennes, dont la qualité influe directement sur leur évolution, sur celle de leur collectivité et celle de leurs institutions politiques.

Le présent document est constitué d'informations déjà diffusées par le Comité de la santé mentale du Québec, sous forme d'Avis, mais reformulées ici en fonction des paramètres guidant le planificateur vers la prise de décision, à savoir des états de situations, des principes généraux, des orientations, des objectifs et des moyens d'action.

Cette information n'est pas exhaustive, à date le C.S.M.Q. n'a pas couvert tout le champ de la santé mentale. Elle est parfois à caractère empirique, habituellement scientifique, mais toujours suffisamment étoffée pour assurer la faisabilité des opérations.

ETATS DE SITUATION

LES ADULTES

- des problèmes et des besoins
- les services
- les interventions
- les ressources humaines
- la recherche

LES ADULTES

Des problèmes et des besoins

Des problèmes

On évalue entre 5 et 20 pourcent de la population la quantité de personnes éprouvant un problème de santé mentale. [2]

> "... les états de crise les plus fréquents dans la population générale ne concernent pas les états dépressifs graves, ni la schizophrénie. (...) les états de crise les plus fréquents sont les problèmes émotifs et maritaux, les maladies, les deuils, les problèmes liés au travail, les problèmes juridiques, les tendances suicidaires. (...) Les plus perturbants sont les tendances suicidaires, les maladies, les problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie. Seulement vingt pourcent des gens vivant de tels états de crise se tirent d'affaire seuls, les autres demandent de l'aide ou encore en reçoivent de leur entourage sans le demander". [3]

La dimension du problème est influencée par la perception qu'a l'individu d'une situation, sa capacité à résoudre un problème, la perniciosité réelle du problème, l'indisponibilité de ressources extérieures adéquates pour résoudre le plus précocément possible ce problème, etc.

Des facteurs comme la discrimination, l'indifférence, la marginalisation sont à l'origine de stress pouvant dégénérer en problèmes d'ordre mental. Il en est de même de l'isolement, de la pauvreté chronique, du chômage, des maladies physiques débilitantes ou handicapantes, de l'hébergement inadéquat, de la violence, des inaptitudes personnelles. Les maladies mentales à elles seules affecteraient une personne sur cinq au cours de sa vie, dont une bonne partie nécessiteraient l'hospitalisation. [3]

LES ADULTES

Des problèmes (suite)

Quant au suicide, il constitue

> "... un problème de santé aussi important que les tumeurs malignes du sein, en terme de mortalité; (...) est la deuxième cause de mortalité des 15-30 ans; (...) est un problème qui n'a cessé de progresser depuis les années '50 et qui continue de le faire; (...) plus nombreux chez les hommes; les tentatives de suicide sont plus nombreuses chez les femmes; (...) affecte particulièrement les 20-24 ans; etc." [13]

Des besoins

Les besoins en santé mentale sont à la fois simples et diversifiés. Ce sont des facilités ou des aptitudes à être actif à l'extérieur, à assumer le budç t et le quotidien; une considération respectueuse de la personne, de ses ressources et de ses droits; une implication dans le milieu et un support de la part de ce milieu; une réinsertion sociale facilitée et efficace; un revenu adéquat; du travail; des ressources et des interventions hospitalières et professionnelles personnalisées et adaptées à la personne et à ses problèmes, et respectueuses de ses droits; de la sécurité; un sens à la vie et un sentiment d'utilité; des ressources non professionnelles ou alternatives, etc. [3]

Les familles d'individus au prise avec une maladie mentale expriment le besoin d'être informées sur la nature du problème de leur membre et sur le type de coopération à apporter pour en faciliter la résolution ou pour assurer un support. Elles réclament aussi de connaître le type et la localisation des différentes ressources d'aide non professionnelles, de loisirs et de travail. Elles veulent rencontrer des personnes vivant ou ayant vécu le même type de problèmes qu'elles, d'être reconnues comme ressources disponibles, d'être mieux supportées lorsqu'elles assument la garde du membre malade. [3]

LES ADULTES

Des besoins (suite)

Les besoins de base en santé mentale peuvent aussi s'exprimer en terme de "potentiel adaptatif individuel" [9], c'est-à-dire,

> "... l'accessibilité à des moyens variés de résolution de problèmes, le pouvoir de produire, de comprendre son monde intérieur et extérieur et le pouvoir de contrôler ou de maîtriser ce qui entoure la personne. Il s'agit enfin du pouvoir de modifier son environnement". [9]

Aimer, être aimé, comprendre, l'autonomie, l'estime de soi, l'intégrité physique, sont des besoins de base spontanés. [9] Il en est de même pour les relations interpersonnelles satisfaisantes, les influences positives de l'entourage et de l'environnement, la responsabilité individuelle et collective, des valeurs, de l'appartenance, etc. [4]

ETATS DE SITUATION

LES ADULTES

Les services

Etat de situation

On estime que la pratique médicale (C.L.S.C. et cabinets privés) assume plus ou moins 60 pourcent des services de première ligne en santé mentale. [3]

L'ensemble des C.L.S.C. ne fait que commencer à s'impliquer en santé mentale. Quelques-uns ont cependant des activités communautaires locales ou des collaborations articulées avec le réseau psychiatrique. [3]

Les centres d'accueil s'impliquent en santé mentale par le biais de la réinsertion sociale. Vingt à trente pourcent de la clientèle des centres d'accueil d'hébergement (C.A.H.) souffrent de problèmes mentaux divers. [3] Certains centres d'accueil de réadaptation (C.A.R.) intégrés aux permis d'exploitation de certains centres hospitaliers à vocation psychiatrique s'occupent de personnes souffrant de troubles mentaux. [3]

Les centres de services sociaux (C.S.S.) offrent des services psychosociaux et de protection sociale. [3]

Soixante-quatorze (74) centres hospitaliers généraux ou à vocation psychiatrique offrent des services de psychiatrie. [3] Ils sont pratiquement les seuls établissements concernés par le suicide. [13]

Plus d'un demi-milliard de dollars seraient consacrés à la santé mentale au Québec mais on ne s'entend pas, sur le plan administratif, pour discriminer ce qui concerne spécifiquement la santé mentale et ce qui ne la concerne pas. Ces sommes sont dépensées surtout dans le secteur hospitalier. [3]

LES ADULTES

Les services

Etat de situation (suite)

La continuité des soins psychiatriques est assumée par des ressources intermédiaires (pavillons, familles d'accueil, appartements supervisés et satellites), qui sont créées par les établissements, surtout les C.H., les C.S.S., les C.A.H., et les C.A.R. [3]

Les cabinets privés de professionnels (omnipraticiens, psychologues, travailleurs sociaux, psychiatres et autres psychothérapeutes) assument une partie des services de première ligne en santé mentale. [3]

En cabinet privé, seuls les services assumés par les médecins sont couverts par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, les autres sont aux frais du client. [3]

Enfin des ressources alternatives (initiatives locales non publiques) voient le jour depuis plusieurs années. Essentiellement communautaires, les ressources alternatives complètent les ressources publiques. On en distingue actuellement trois catégories: les ressources alternatives autonomes regroupent des personnes vivant une situation problématique et cherchant ensemble des solutions en vue d'améliorer cette situation; les concurrentes visent à répondre à des besoins de santé mentale non satisfaits par les services du réseau public, d'une manière supplétive ou expérimentale; celles qualifiées de vigilance se préoccupent de la promotion et de la défense des droits des personnes. [3]

Quelques services d'urgence mobile (police, X-médic) et d'écoute téléphonique, un Centre de prévention du suicide (Québec) sont à la disposition des personnes suicidaires. [13]

ETATS DE SITUATION

LES ADULTES

Les services

Appréciation

Selon l'opinion d'intervenants d'établissements et des ressources alternatives en santé mentale consultés, trois aspects du système actuel méritent d'être corrigés:

"... - le professionnalisme excessif de la santé mentale au détriment de l'implication de la population,
- un réseau d'établissements plutôt qu'un réseau de services axés sur les besoins,
- la concentration excessive des services dans le secteur psychiatrique hospitalier". [3]

On relève aussi l'accessibilité difficile aux professionnels autres que médecin dans les C.H., et la sectorisation des services administrative plutôt que communautaire. [3]

Depuis le début des années 60, plusieurs rapports ont été acheminés au ministère de la Santé et des Services sociaux à propos de situations en santé mentale au Québec. Les principaux problèmes relevés sont:

"... - répartition inégale des ressources matérielles et humaines
- insuffisance ou absence d'alternative à l'hospitalisation
- insuffisance des programmes de prévention
- manque de concertation entre les divers intervenants du réseau
- préjugés à l'égard des malades mentaux, des maladies mentales et des établissements psychiatriques
- occupation des hôpitaux psychiatriques par des catégories de personnes ne nécessitant pas d'hospitalisation continue (ex.: les déficients mentaux et certaines personnes âgées)

LES ADULTES

Les services

Appréciation (suite)

- lourdeur des hôpitaux psychiatriques
- formation inadéquate des omnipraticiens, qui sont responsables d'une bonne part des soins de première ligne en santé mentale, pour une intervention psychiatrique et psychosociale". [3]

Concernant plus spécifiquement les ressources alternatives, elles répondent effectivement à des besoins, mais au Québec, elles n'ont pas de reconnaissance officielle, leurs modes de financement non seulement ne facilitent pas leur développement, mais ils compromettent souvent leur existence. [3]

Jusqu'à récemment, en 1981, aucun programme de prévention du suicide n'existait pour l'ensemble du Québec, de même qu'aucun réseau coordonné de services. [13]

"Les meilleurs programmes connus de prévention et de lutte au suicide font appel à la collaboration d'un nombre suffisant de bénévoles, sélectionnés et formés en fonction de l'écoute téléphonique et en vue de fournir une aide amicale". [13]

LES ADULTES

Les interventions

Les interventions préventives

Etat de situation

Les programmes de prévention que l'on peut retrouver dans le réseau de services de santé mentale visent deux cibles: l'individu et son environnement.[1,2,4,11] Parfois c'est l'individu bien portant ou l'environnement sain qui est considéré, parfois l'individu avec des problèmes personnels ou l'environnement à risque ou vulnérable, enfin ce peut être aussi l'individu avec des problèmes organiques ou l'environnement pernicieux.

Deux types de prévention sont concernés: la prévention réactive à des problèmes éventuels ou prévisibles, et la prévention promotionnelle favorisant le développement, le maintien ou l'amélioration de la santé mentale. [2,11]

La prévention en santé mentale n'est pas organisée formellement. Des programmes de prévention existent sans être identifiés ou reliés à la santé mentale. Des éléments de prévention en santé mentale sont souvent intégrés dans des programmes sociaux ou de santé ou à travers un discours véhiculant des thèmes se rapportant à la santé mentale comme l'autonomie, le bien-être, etc., ou encore à travers une démarche collective d'un groupe prenant son sort en main. [2,11]

Concrètement, dans le cadre de la prévention réactive, il existe des interventions visant à diminuer la vulnérabilité à la schizophrénie, à la dépression, à la violence familiale, à l'abus de drogue et d'alcool. Il y a celles visant à contrer les conséquences négatives des séparations ou divorces, des décès de proche, des tentatives de suicide, d'états de crises multiples, etc. Enfin, il y a les interventions du niveau environnemental cherchant à atténuer des risques économiques, sociaux ou physiques (pollution). [2,11]

LES ADULTES

Les interventions

Les interventions préventives

Etat de situation (suite)

Quant aux interventions à caractère promotionnel, elles s'adressent à des individus ou groupesd'individus ainsi qu'à des communautés (femmes, étudiants, couples, enseignants, etc). Elles prennent la forme de messages par le biais de discours, d'affiches, de procédés audio-visuels, etc... Elles véhiculent des notions visant à développer, maintenir ou à améliorer la santé mentale. [2,4,11]

Appréciation

L'évaluation dans le champ de la prévention n'est pas systématique. Néanmoins, l'appréciation de projets pilotes et de programmes bien implantés permet les conclusions suivantes:

" - la faisabilité de développer des programmes de prévention réactive et de promotion
- la popularité assez grande de ces interventions
- la satisfaction des participants (es) et des intervenants (es)". [2]

Les "... programmes liés aux moments de transition ou ceux s'adressant à des communautés..." [2]
sont parmi les plus prometteurs.

Leurs stratégies se fondent sur:

"les interventions individuelles et communautaires, visant à bonifier le réseau de support des individus; les interventions de crise s'adressant aux individus, incluant une

LES ADULTES

Les interventions

Les interventions préventives

Appréciation (suite)

approche cathartique et cognitive ainsi qu'un souci de s'arrêter au réseau social et aux supports de l'environnement; les interventions individuelles et communautaires de solutions de problèmes ou plus généralement d'acquisition des stratégies; les interventions visant des changements dans la pratique de diverses institutions (hôpitaux, lieux de travail, lois, etc." [2]

Les interventions thérapeutiques

Etat de situation

En santé mentale, les interventions thérapeutiques visent l'arrêt du processus pathologique et le rétablissement des fonctions mentales alors perturbées.

Ces interventions peuvent être essentiellement psychothérapeutiques, c'est-à-dire qu'elles utilisent du matériel psychique par le biais d'une relation "verbale" seule (counselling, psychanalyse, etc), verbale combinée d'une mise en situation particulière (psychodrame, gestalt thérapie, etc.). Elles peuvent être supportées par un apport physique (électrochoc, thérapie aversive, etc.), ou pharmacologique.
Cette classification usuelle n'est pas exhaustive et devrait regrouper environ 250 formes de psychothérapie. [5,11]

Ces interventions sont pratiquées par

"...des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmiers et des infirmières, des conseillers, de même que par d'autres personnes qui réclament avoir une certaine expertise dans ce domaine". [5]

LES ADULTES

Les interventions

Les interventions thérapeutiques

Appréciation

La psychothérapie est efficace avec certaines populations et certains problèmes. Mais on n'a pas encore démontré scientifiquement que les traitements à long terme étaient plus efficaces que ceux à court terme, ni la supériorité d'une technique par rapport à une autre, sauf pour la thérapie comportementale dans des cas de phobies spécifiques. [5,11]

Dans des cas de maladies ou troubles majeurs (schizophrénie, autisme, comportements anti-sociaux, alcoolisme-toxicomanie, troubles d'apprentissage sévère, etc.) on préfère associer la thérapie psychologique à la pharmacologie et à des interventions environnementales pour faciliter l'approche, le support et la réhabilitation des patients. [5,11]

Il y aurait avantage à développer une méthode d'analyse des résultats de recherche en psychothérapie selon une technique en rapport au coût-bénéfice et au coût-efficacité. [5,11]

L'association américaine de psychiatrie, en 1982, a tiré quelques conclusions sur la recherche en rapport avec l'efficacité des psychothérapies. En voici les grandes lignes:

- besoin d'une recherche soignée et systématique sur les effets de la psychothérapie;
- inadéquation entre le système diagnostique actuel et la recherche sur les psychothérapies;
- définition imprécise des psychothérapies;

LES ADULTES

Les interventions

Les interventions thérapeutiques

Appréciation (suite)

- utilisée seule, la psychothérapie est surtout utile dans les cas de névroses, de problèmes de personnalité et de mauvais ajustements, mais elle l'est moins pour les troubles affectifs majeurs et encore moins pour la schizophrénie;
- besoin de multiplier les méthodes d'évaluation de la psychothérapie;
- besoin d'évaluer davantage le travail des cliniciens tel qu'ils le pratiquent, surtout pour la psychothérapie à long terme et la psychanalyse, leurs connaissances et leurs expériences accumulées n'ayant pas été complètement étudiées. [5,11]

Les thérapies électroconvulsives (électrochocs) et aversives ont fait l'objet, de prises de position de la part du C.S.M.Q. au cours des dernières années.

Concernant les électrochocs, le C.S.M.Q. [5,6,7,11] reconnait qu'ils sont efficaces dans des situations bien précises, que leur usage est en régression, et souhaite qu'une technique moins "agressive" se développe pour les remplacer. De plus, il est noté la disparité régionale quant aux taux d'utilisation de cette thérapie.

Il s'est prononcé aussi sur l'efficacité des thérapies comportementales de type aversif [8] qui consiste à associer une conséquence ou un stimulus désagréable à un comportement indésirable dans le but d'éteindre la dimension indésirable du comportement.

LES ADULTES

Les interventions

Les interventions thérapeutiques

Appréciation (suite)

Le C.S.M.Q. note que

> "...plusieurs études reconnaissent déjà l'efficacité de ce genre de traitement pour contrôler les comportements dangereux et auto-destructeurs". [8]

Il note aussi que

> "...les thérapies du comportement avec renforcement positif sont davantage utilisées et généralement plus efficaces". [8]

Comme les électrochocs, il est dangereux que cette forme de thérapie soit perçue par la population et les bénéficiaires comme une démarche autoritaire et punitive. [8]

Les médicaments sont probablement le moyen qui a fait évoluer le plus le champ de la maladie mentale au cours des dernières décennies. [5,9] Leurs interactions avec des marqueurs chimiques (substances chimiques naturelles impliquées dans le processus mental) suscitent des espoirs au niveau de la recherche. [9]

En fait quatre catégories de médicaments sont utilisés en psychiatrie

- les tranquilisants majeurs (neuroleptiques) utilisés dans les cas de schizophrénie et de psychose

LES ADULTES

Les interventions

Les interventions thérapeutiques

Appréciation (suite)

- les tranquilisants mineurs (anxiolytiques) visant la diminution de l'anxiété
- les antidépresseurs, contre la dépression
- le lithium, contre la dépression sévère et la psychose maniaco-dépressive. [5,11]

L'efficacité des tranquilisants majeurs est reconnue dans les cas de schizophrénie et de psychose. La démonstration scientifique de l'efficacité de la combinaison médicament-psychothérapie dans ces cas n'est pas suffisamment développée pour permettre de tirer des conclusions. De plus, l'usage de ces médicaments doit être limité à des cas sérieux. [5,11] Les tranquilisants mineurs sont reconnus comme efficaces pour réduire l'anxiété et leur usage s'étend même à la préparation aux interventions chirurgicales, dans le sevrage alcoolique, dans le traitement de certains genres de crises continues, dans une variété de troubles neuromusculaires, etc. [5,11]

L'étude des effets des antidépresseurs a permis des hypothèses sérieuses de causes physiques à la dépression sévère. Le lithium permet a de nombreux malades maniaco-dépressifs de réintégrer leur milieu familial et leur travail. [5,11]

Les interventions de réadaptation

Etat de situation

En santé mentale, la réadaptation

> "... se réfère surtout à l'ensemble des techniques qui visent à l'acquisition d'une compétence sociale. (...) On mise sur les forces résiduelles positives du patient, lui permettant de renforcer sa compétence, peu importe sa pathologie". [10]

LES ADULTES

Les interventions

Les interventions de réadaptation

Etat de situation (suite)

On cherche donc

> "...à maintenir chez des personnes très vulnérables un équilibre clinique et un équilibre social à long terme tout en respectant leur désir et les aidant à réaliser et formuler un projet de vie qui leur soit propre, et qui soit réalisable compte tenu de leur handicap, et ce dans la communauté". [10]

Le seul traitement de la maladie mentale à l'intérieur d'un établissement ou à la clinique externe ne suffit pas au rétablissement du fonctionnement social du malade. Il faut

> "...donc travailler l'amélioration du fonctionnement social directement dans la communauté". [11]

Ce travail prend la forme de modifications ou d'alternatives à l'hospitalisation traditionnelle (institutionnalisation) et à la clinique externe traditionnelle.

Parmi les alternatives à l'hospitalisation traditionnelle, on retrouve celles concernant l'hospitalisation brève (une à quatre semaines), l'hospitalisation partielle ou de jour (séjour de jour), la non-hospitalisation (programmes externes enrichis et communautaires), et l'abrègement d'une hospitalisation à long terme (alternatives au prolongement du séjour institutionnel). [10,11]

LES ADULTES

Les interventions

Les interventions de réadaptation

Etat de situation (suite)

Parmi les alternatives au traitement traditionnel en externe (brève thérapie de support et médication), il y a l'ajout-minimal (traitements additionnels), l'hospitalisation de jour (programmes spécialisés avec des clientèles homogènes), les programmes complets et intégrés (à l'intérieur d'une communauté spécifique). 10,11

Appréciation

S'il est possible de traiter des malades dans la communauté beaucoup plus qu'il ne l'est fait maintenant à certaines conditions et entre certaines limites, il est impossible, selon les résultats connus, d'exclure la fonction asilaire, qui devrait prendre une forme plus personnalisée, ni de fermer les départements de psychiatrie des centres hospitaliers pour soins de courte durée. 10,11

> "...il devient donc important d'estimer la prévalence, à un niveau local, des personnes en besoin de programmes de support communautaire et d'identifier à un extrême ceux qui peuvent bénéficier de traitement, d'intervention familiale et d'intervention de crise seulement et à l'autre ceux qui auront toujours besoin d'institutionnalisation ou son équivalent, c'est-à-dire ceux pour lesquels la société doit assumer trois fonctions asilaires, soit la protection du dépendant, le contrôle du déviant et faire la démonstration de sa capacité de traiter". 11

LES ADULTES

Les interventions

Les interventions de réadaptation

Appréciation (suite)

L'ajout minimal améliorerait peu le taux de non-réhospitalisation. L'hospitalisation de jour semblerait aussi valable que l'hospitalisation traditionnelle pour les psychotiques non violents, et additionnée de programmes de réadaptation, elle serait supérieure à la clinique externe pour les personnes atteintes de schizophrénie chronique, et, enfin elle coûterait moins cher que l'hospitalisation traditionnelle. Les programmes complets et intégrés auraient un taux d'efficacité supérieur de 25% aux autres programmes précédents. 10,11

Par ailleurs, il existe différents facteurs communs aux programmes réussis, comme un leadership professionnel engagé et motivé, et un support financier approprié; comme des actions prenant la forme d'une médication appropriée, d'un support au bénéficiaire et à sa famille, d'interventions de crise en relation avec l'équipe psychiatrique, d'une continuité des services de réadaptation si nécessaire, d'une utilisation rationnelle de non-professionnels spécialement formés. 10,11

Enfin, les conditions de réalisation de maintien dans la communauté des patients psychiatriques sont le changement de mentalité chez les professionnels, un réaménagement organisationnel approprié et un certain investissement de fonds. 10,11

Quant aux coûts, dans des conditions expérimentales, il semble que la prise en charge dans la communauté de la clientèle "chronique", soit relativement plus économique que l'institutionnalisation, pour des résultats au moins égaux. 10,11

LES ADULTES

Les ressources humaines

Dans l'ensemble du réseau de services en santé mentale pour adultes,on retrouve les différentes catégories de professionnels suivantes oeuvrant seuls ou en équipes multidisciplinaires: des médecins (psychiatres et omnipraticiens), des infirmières et infirmiers, des psychologues, des travailleurs sociaux, des psychoéducateurs, des ergothérapeutes, etc.

La formation spécifique de chacune de ces catégories de professionnels ne les préparent pas ou peu à travailler ensemble, et leurs interventions sont peu complémentaires.

Les deux champs les plus pauvrement développés tant au niveau de la formation que de l'accès sont la prévention et la recherche.

Enfin, ces intervenants sont dans l'ensemble enclins à professionnaliser toutes les actions au niveau de la clientèle, laissant peu de place à l'initiative personnelle du client; ce qui serait à l'origine pour une bonne part de l'institutionnalisation des prises en charge.

C'est ce qui ressort de plusieurs documents du C.S.M.O. qui abordent le sujet de la prise en charge. 2,3,5,11

LES ADULTES

La recherche

En prévention

La recension des écrits effectuée par le C.S.M.Q. en 1983-1984 révèle le nombre très limité de recherches en prévention en santé mentale chez les adultes, obligeant ainsi à nuancer des conclusions. De plus, la plupart des recherches existantes sont récentes.

> "De ce petit nombre de recherches (...) aucune n'a pu répondre aux critères méthodologiques exigés pour s'assurer de la validité et de la constance des résultats". [11]

Enfin,

> "...certains troubles mentaux ou problèmes psychosociaux n'ont fait l'objet d'aucune recherche évaluative en prévention". [11]

En psychothérapie

Contrairement aux recherches sur l'efficacité des médicaments et des thérapies électro-convulsives, les recherches sur les psychothérapies

> "...conduites avec une vigueur méthodologique maximale sont disséminées et très peu nombreuses". [11]

Même plusieurs formes de psychothérapie, (gestalt, bioénergétique, cri primal) n'auraient jamais été l'objet d'études contrôlées . [11]

En réadaptation

L'option de désinstitutionnalisation a généré une quantité importante d'études évaluatives.

LES ADULTES

La recherche

En réadaptation (suite)

"Ces études sont d'une qualité supérieure parmi les recherches en santé mentale..." 11

Il est à souligner qu'elles ont été conduites dans un contexte expérimental avec sélection des clientèles, motivation des intervenants, budgets adéquats, etc... La réalité quotidienne n'offre pas autant de facilités. 10

Plusieurs portent sur les facteurs liés à la première admission, les facteurs influencant l'orientation du patient vers un mode d'intervention plutôt qu'un autre, les facteurs liés à la réadmission des patients psychiatriques, l'identification des caractéristiques des patients psychiatriques et liens avec les services dispensés. 10

Commentaire général

Dans l'ensemble,

"La recherche dans le domaine de la santé mentale est nettement insuffisante au Québec. (...) la recherche sur la prévention, de même que sur les aspects psychosociaux de la maladie mentale est presque inexistante dans notre province; (...) Bien que déjà, bien en place, la recherche sur les aspects biologiques et biochimiques de la santé mentale devrait être plus conforme à celle consentie pour la prise en charge". 11

ETATS DE SITUATION

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

- des problèmes et des besoins
- les services
- les interventions
- les ressources humaines
- la recherche

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Des problèmes et des besoins

Des problèmes

"Nous ne possédons pas pour le moment de données qui puissent nous permettre d'évaluer de façon précise quel est, dans l'ensemble, l'état de santé mentale des jeunes du Québec". [16]

Cette constatation est due pour une bonne part à la façon dont on perçoit les problèmes relatifs à la santé mentale des jeunes. En effet, ces problèmes sont conçus différemment et enclanchent des interventions différentes selon le champ professionnel de l'intervenant en santé, en service social, et en éducation. Parfois même, le problème est élargi ou réduit à la capacité d'action de l'intervenant. [16]

Il est très difficile d'analyser les statistiques produites par chacune de ces catégories d'intervenants sur les problèmes relatifs à la santé mentale des jeunes, puisque

"...dans un grand nombre de cas, ces données sont incomplètes, traduisent des réalités différentes ou se recoupent possiblement tant et si bien qu'elles ne peuvent être additionnées". [16]

Néanmoins, dans un contexte nord-américain, à partir d'une étude récente faite aux Etats-Unis (1981),

"...la prévalence des mésadaptations à caractère clinique parmi les enfants américains est fort probablement d'au moins 11,8 pourcent". [16]

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Des problèmes et des besoins

Des problèmes (suite)

Projetée au Québec, cette donnée signifierait que plus de 200 000 jeunes de 0-19 ans auraient besoin de soins particuliers en santé mentale. 16

Il est possible de ressortir des facteurs ou des situations problématiques de nature à affecter ou à mettre en danger la santé mentale des jeunes.

Ainsi, à la naissance, la pauvreté chronique du milieu familial, l'éducation insuffisante de la mère, des complications périnatales modérées ou sévères, des retards ou des irrégularités du développement, des anomalies génétiques, une psychopathologie parentale, peuvent mettre l'enfant dans un état de vulnérabilité de nature à l'affecter tout le long de sa croissance. 16

Sur le plan génétique,

> "...des recherches (...) montrent un lien entre des traits de personnalité et les facteurs génétiques de même qu'un lien entre des perturbations psychiatriques infantiles et les facteurs génétiques. (...) la vulnérabilité est déterminée génétiquement alors que la perturbation est souvent précipitée par les circonstances environnementales". 16

La constitution physique à la naissance, la combinaison d'éléments physiques et d'attributs morphologiques uniques à chaque individu constituent des éléments dont les défauts peuvent influencer négativement la santé mentale des jeunes. 16

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Des problèmes et des besoins

Des problèmes (suite)

> "La vitesse de maturation et sa précocité auraient un effet sur l'ajustement social. La maturation tardive entraîne des sentiments d'incompétence et d'anxiété quant à l'identité sexuelle surtout chez les garçons". [16]

Concernant les facteurs de troubles mentaux de l'enfant reliés à la grossesse, à la naissance et à la période néo-natale,

> "...les preuves s'accumulent quant à l'effet négatif des irrégularités chimiques du sang maternel sur le développement du foetus. Ces irrégularités peuvent être amenées par les drogues, l'alcool, la nicotine, les déficiences nutritionnelles ou les débalancements endocriniens". [16]

La recherche a permis de faire des rapprochements sérieux entre les situations de stress prolongées de la mère pendant la grossesse et une difficulté d'ajustement et des problèmes d'apprentissage ultérieurs de l'enfant; entre l'usage de drogues par la mère pendant la grossesse et des dommages au cerveau au début de la vie de l'enfant, dommages souvent associés avec des problèmes de délinquance et de psychopathie. [16]

De plus, il semble qu'il existe une relation entre des problèmes de croissance physique et affective de l'enfant, et des déficiences nutritionnelles de la mère en cours de grossesse; entre des problèmes d'attention visuelle de l'enfant, de succion et de réponse à l'allaitement au sein, et la sédation de la mère pendant l'accouchement; entre des

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Des problèmes et des besoins

Des problèmes (suite)

troubles de lecture et d'autres handicaps, et des conditions anormales durant la grossesse et de piètres procédures obstétricales; entre une intelligence sous la normale, de la lenteur, des problèmes de comportement et un faible poids à la naissance; entre le développement difficile d'une relation normale entre la mère et l'enfant, et les soins néo-natals chez le prématuré. [16]

Des problèmes d'harmonisation de la relation parent-enfant provoqués par exemple par la maladie grave d'un ou des parent (s), la perception négative des parents vis-à-vis de leur enfant, la criminalité des parents ou leur faible niveau de scolarité, la sévérité des parents, etc. sont de nature à influencer la perception et le mode de relation avec autrui. [16] Par exemple,

> "...les enfants ont plus de chance de devenir agresseurs si les parents le sont eux-mêmes, s'ils ont des attitudes de laisser-faire ou s'ils sont très rigides". [16]

La dynamique et la structure familiales marquent jusqu'à un certain point le développement de l'enfant, avec des répercussions dans ses relations avec les autres autant que sur sa perception de lui-même. [16]

La placement prolongé en institution peut avoir des effets négatifs sur le développement de l'enfant par le biais des effets combinés de la pauvreté, de la malnutrition, de l'absence de stimulation sensorielle, de l'isolement social et de la privation culturelle. [17]

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Des problèmes et des besoins

Des problèmes (suite)

"...les enfants ayant vécu une séparation (d'avec leurs parents) étaient moins populaires, avaient besoin de plus d'attention, étaient plus agités et avaient un taux de concentration plus faible que le groupe n'ayant pas connu de séparation". [17]

Le placement des jeunes dans des milieux sécuritaires concernent une clientèle extrêmement désorganisée au plan socio-affectif, et risque, si utilisé d'une manière inconsidérée, de condamner ces jeunes

"...à perpétuité à la marginalité et à la délinquance". [18]

Précisons ici que ces milieux de placement ne sont pas forcément négatifs pour l'enfant. Au contraire, lorsque bien indiqués, ils sont de nature à fournir à l'enfant un contexte de vie meilleur qu'il n'aurait autrement ou plus favorable à son développement. [17]

Les services de garde bien organisés semblent avantageux pour l'enfant seulement s'ils améliorent le contexte d'apprentissage et de croissance de l'enfant. [19]

L'hospitalisation, surtout pour les enfants de 0-5 ans constitue un facteur de risque en soi. [16]

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Des problèmes et des besoins

Des problèmes (suite)

"Les éléments stressants directement liés à l'hospitalisation sont nombreux: la séparation d'avec le milieu familial, l'immersion en milieu étranger où les contacts avec des personnes inconnues sont multipliés et rendus menaçants par leurs interventions douloureuses, la perte de contrôle sur l'environnement immédiat, sur les déplacements et la perturbation des habitudes sécurisantes." [16]

Les conséquences possibles de l'hospitalisation d'enfants sont un arrêt ou un retard du développement, parfois même une régression. [16]

La coupure trop grande entre l'école et le milieu familial,

"...les discontinuités culturelles dues à leur (les enfants) provenance de familles pauvres, très mobiles ou récemment immigrantes ou encore pour les enfants qui souffrent de troubles d'apprentissage, l'école peut ajouter aux frustrations déjà rencontrées." [16]

Les conséquences peuvent être

"...une image négative de soi, un comportement de retrait ou d'acting-out, des difficultés sociales et les perturbations qui y sont reliées, renforcées par une diminution de la capacité d'apprendre". [16]

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Des problèmes et des besoins

Des problèmes (suite)

Pour l'enfant,

> "La pauvreté du milieu est le facteur externe à la famille le plus souvent considéré comme facteur de risque". [16]

De plus,

> "...une famille présentant des facteurs de risque de l'intérieur augmente de beaucoup ses risques si elle vit dans un voisinage dont les familles représentent elles aussi un risque de développement pour les enfants". [16]

Les effets d'un contexte socio-économique défavorable s'exercent surtout sur le développement harmonieux de l'enfant, sa sécurité, son équilibre émotif, cognitif et social. [16]

D'autres situations problématiques, comme le deuil dans l'enfance, peuvent contribuer à l'éclosion de dépression, de schizophrénie, de tendances suicidaires, de conflits maritaux, de criminalité, de désordres de la personnalité, de névrose et de mésadaptation en milieu de travail. La séparation des parents, la pression à la réussite académique ou son contraire, etc. peuvent être des facteurs défavorables dans le développement de l'enfant. [16]

Le nombre de nouveaux cas dans les cliniques externes de pédopsychiatrie est passé de 7 000 (1982-83) à 8 000 (1983-84). Ces groupes sont constitués de 70% de jeunes de moins de 13 ans, de 30% de jeunes de 14 à 17 ans, de 60% de garçons et de 40% de filles. [16]

> "Le registre des pathologies va des pathologies les plus graves telles les psychoses et prépsychoses, jusqu'aux problèmes d'adaptation plus ou moins transitoires". [16]

Le phénomène de l'autisme chez l'enfant débuterait avant le trentième mois de sa vie, et aurait comme facteurs prédisposants des causes organiques comme la rubéole maternelle, la phénylcétonurie, l'encéphalite, la méningite et la sclérose tubéreuse. Les études récentes ne supportent pas l'hypothèse de causes psychogènes. La prévalence générale serait de 2-4/10 000 signifiant une population de 600-800 enfants de 0-18 ans au Québec, dont trois fois plus de garçons que de filles. [21]

Cette maladie laisse des séquelles chez la plupart de ces victimes.

> "A peine un enfant sur six pourra espérer vivre une vie indépendante avec un ajustement social adéquat malgré la persistance de quelques bizarreries subtiles. Un autre enfant sur six atteindra un ajustement à peine moyen et le reste des enfants seront sévèrement atteint et handicapés, incapables d'être autonomes. (...) Souvent, le tableau se complique avec l'apparition de convulsions à l'adolescence ou à l'âge adulte, particulièrement chez les enfants présentant un quotient intellectuel inférieur à cinquante". [21]

Une autre psychopathologie grave peut apparaître chez des enfants entre 30 mois et 12 ans. Elle consiste en des troubles du développement d'apparition tardive se manifestant

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Des problèmes et des besoins

Des problèmes (suite)

par des troubles du comportement social et la présence de multiples conduites bizarres. Comme l'autisme, cette maladie est chronique, mais son pronostic est moins sombre. [21]

En 1983, les Centres des services sociaux du Québec avaient en charge 36 000 enfants, dont 13 000 dans les ressources non institutionnelles, 6 000 dans les ressources institutionnelles et 17 000 dans le milieu naturel. Les problèmes présentés relevaient de difficultés parentales, de pauvreté des ressources, de la maladie, d'enfants négligés et maltraités, d'enfants handicapés, de problèmes de drogue, de prostitution, de délinquance, etc. [16]

On n'a pas de donnée pour le nombre d'enfants suivis dans les C.L.S.C.

Le nombre d'enfants en besoin de protection référés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse était de 32 259 en 1983. [16]

Le nombre de jeunes délinquants connus en 1983 étaient de 3 924, en baisse par rapport à 1982 (4 689). [16]

Le nombre d'enfants qualifiés de mésadaptés socio-affectifs admis dans les 44 Centres de réadaptation conçus pour eux, étaient à la baisse en 1983 (10 960) par rapport à 1981 (13 120). [16]

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Des problèmes et des besoins

Des problèmes (suite)

Les jeunes mères en difficulté d'adaptation augmentaient en 1984 (943) par rapport à l'année précédente (902). Ces jeunes mères reçurent des services de Centres de réadaptation pour mères en difficulté d'adaptation. 16

Les enfants handicapés mentaux bénéficiant de services dans les Centres de réadaptation étaient au nombre de 3 146 en 1984. 16

Les jeunes autochtones au prise avec des problèmes de drogue, d'alcool, de délinquance et de suicide occasionnèrent 1 082 demandes de services en 1983, auprès des C.S.S. 16

L'abandon scolaire est très souvent précédé d'un absentéisme croissant. Et ces deux phénomènes sont fréquemment associés à d'autres problèmes. Ces problèmes concernent les valeurs relatives à l'éducation, le marché du travail restreint, la pauvreté; des conflits conjugaux parentaux, la santé physique et mentale; des troubles d'apprentissage, de comportement,d'adaptation; des échecs scolaires répétés, un manque de participation dans les activités scolaires, des problèmes de communication. 20

Entre 15 et 18 ans environ 35% des jeunes de chaque classe d'âge quittent l'école avant d'avoir obtenu leur diplôme de fin d'études. Curieusement, une diminution de la délinquance criminelle serait associée à l'abandon scolaire précoce, et doublement plus vrai si le décrocheur se trouve un emploi. Enfin, on a remarqué une augmentation du taux d'absentéisme scolaire pendant les périodes de conflit de travail dans le milieu de l'éducation. 20

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Des problèmes et des besoins

Des problèmes (suite)

Concernant l'intégration des jeunes sur le marché du travail,

> "les non-diplômés ont, comme on peut s'y attendre,plus de difficultés que les diplômés à se trouver de l'emploi; le taux de chômage et la proportion des inactifs sont plus élevés. Les filles sont proportionnellement plus nombreuses que les garçons à se retirer du marché du travail. Chez les diplômés, le chômage est la plupart du temps plus élevé chez les garçons que chez les filles; chez les non-diplômés, on constate le contraire: ce sont les filles qui ont le plus de difficultés à se trouver du travail". 20

Les plus défavorisés sont ceux qui sortent du secteur professionnel court:

> "Ils sont les moins nombreux à occuper un emploi.
> Ils sont les plus nombreux à se chercher activement du travail.
> Ils sont les moins nombreux à poursuivre des études.
> Ils sont généralement les plus nombreux à se retirer du marché du travail". 20

Il semble que

> "...venir d'un milieu pauvre signifie qu'on aura moins de chances de réussir ses études et de s'intégrer au marché du travail". 20

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Des problèmes et des besoins

Des problèmes (suite)

Différentes recherches démontrent que le potentiel intellectuel des jeunes de ce type de milieu n'est pas différent de celui des jeunes de milieu plus favorisé. [20]

Le phénomène d'échec scolaire n'est limité à aucun milieu. Au plan collectif,

> "...il se trouve associé à toutes les autres situations critiques en santé mentale". [20]

Par contre, il est fortement influencé par le facteur pauvreté. D'autres facteurs non définis entrent en jeu. [20]

Le processus d'intégration des enfants handicapés dans les milieux scolaires réguliers en est encore au stade de l'implantation. Il semble d'avantage motivé, pour le moment, par les promoteurs, par le souci de situer ces enfants dans un milieu normal, puisque les résultats de cette politique auprès de ces enfants ne sont pas suffisamment connus.

Concernant la consommation de drogue dans le milieu scolaire, plusieurs constatations sont tirées:

- il n'y a pas de différence significative entre les sexes;
- la consommation augmente avec l'âge;
- pas de différence avec le genre d'école;
- la consommation est plus importante dans les familles monoparentales et davantage lorsque le chef de famille est le père;

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Des problèmes et des besoins

Des problèmes (suite)

- aucune influence de la part de l'occupation des parents;
- aspirations plus limitées chez les consommateurs quant à la poursuite des études après le secondaire;
- les consommateurs perçoivent moins d'encouragement que les non-consommateurs à poursuivre leurs études, de la part de leurs parents;
- les consommateurs sont moins actifs collectivement que les non-consommateurs. [20]

Cinq manifestations de délinquance peuvent apparaître dans certains milieux scolaires. Ce sont le dommage à la propriété, le vol, la violence et l'intimidation, le trafic de la drogue, la prostitution. [20]

"Un peu comme les phénomènes de l'absentéisme et de l'abandon scolaire, ces actes représentent des symptomes dont l'explication finale est à rechercher dans chaque cas particulier". [20]

Toutefois, il semble que les actes de vandalisme à l'école soient commis par des élèves qui réussissent mal en classe, qui ressentent de l'hostilité à l'endroit de l'école, et qui vagabondent sur la voie publique. Les études faites pour connaître le phénomène de violence visent davantage à déterminer le processus de sécurité à mettre en place que la résolution du problème à la source. [20]

Pour se faire de l'argent de poche et s'acheter de la drogue, certaines jeunes filles se prostituent en recrutant leur clientèle dans l'école elle-même, alors que d'autres,

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Des problèmes et des besoins

Des problèmes (suite)

y compris des garçons, offrent leurs services en faisant de l'auto-stop le midi entre deux cours. [20]

> "Les jeunes qui pratiquent la prostitution sont la plupart du temps des victimes d'inceste, des personnes en mal d'affection ou en besoin de faire reconnaître leur identité sexuelle". [20]

Quant au suicide chez les jeunes, il constitue

> "...la deuxième cause de mortalité des 15-30 ans; ...est un problème qui n'a cessé de progresser depuis les années '50 et qui continue de le faire; (...) est plus nombreux chez les hommes; les tentatives de suicide sont plus nombreuses chez les femmes; (...) affecte particulièrement les 20-24 ans". [13]

En 1979, 23 jeunes de 20-24 ans sur 100 000 se sont suicidés alors que 10 jeunes de 15-19 ans par 100 000 le faisaient. Différents aspects, biologiques, sociologiques et psychologiques, peuvent être concernés dans la problématique du suicide. En fait [13]

> "Tout déséquilibre intervenant entre ces trois aspects pourrait plonger une personne dans un état de crise où parfois le suicide semble la seule solution immédiatement accessible". [13]

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Des problèmes et des besoins

Des problèmes (suite)

La fertilité des jeunes atteints de déficience mentale préoccuperait particulièrement leur entourage immédiat. Et la stérilisation de ces jeunes fait l'objet d'un débat social.

Le C.S.M.Q. a étudié la question. Il s'est rendu compte que surtout, pour ne pas dire seulement, l'entourage des filles parmi cette catégorie de jeunes paraissait avoir cette préoccupation. Pour cet entourage, ces filles seraient des proies sexuelles faciles, incapables de prendre soin d'un enfant et de l'élever. Elles auraient besoin d'un moyen contraceptif correspondant à leur état,

> "...c'est-à-dire permanent, sûr, et ne nécessitant pas de contrôle de sa part, plutôt que de restreindre sa liberté et de nuire à sa normalisation". [22]

Le choix de l'hystérectomie serait motivé par

> "les difficultés réelles, ou anticipées de ces filles à assumer le phénomène menstruel dans ses multiples composantes. Les familles notaient dans certains cas les difficultés de leur fille à s'occuper de ses menstruations; elles notaient aussi que ces difficultés entraînaient des problèmes d'intégration sociale pour leur fille, de dépendance, les obligeant à intervenir pour assurer son hygiène menstruelle, ce qui ajoutait à tout ce qu'elles devaient déjà faire pour elle". [22]

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Des problèmes et des besoins

Des problèmes (suite)

Le contrôle de la fertilité chez ces jeunes constituerait donc un problème majeur compliquant leur prise en charge par la famille et le moyen de contrôle préconisé réduirait le rôle de l'utérus à celui de la seule reproduction. [22]

Des besoins

On décrit quatre (4) catégories de besoins chez les jeunes: [17]

- ceux liés au développement physique
- ceux relatifs à l'édification de la personne
- le besoin fondamental d'autrui
- ceux liés au développement de l'intelligence.

Sur le plan fonctionnel, ces besoins se traduisent en terme de compétences à acquérir ou à maintenir: les compétences à assumer son quotidien, à faire face aux crises de la vie, à résoudre ses problèmes, etc. [1] Le développement de ces compétences repose sur des capacités personnelles de base, évolue par l'exercice dans les différents champ d'activité et dépend des conditions contextuelles. [9,16]

Le développement physique passe de la bonne alimentation à l'utilisation de l'espace et du matériel le favorisant, supporté par la stimulation des adultes significatifs. [16,17]

L'édification de la personne nécessite la continuité, la stabilité et la consistance affectives de la part d'adulte(s). [17] A cela s'ajoutent l'estime de soi, le sentiment de sécurité, le sentiment d'être capable et efficace, le sentiment d'identité intégrée, la motivation,

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Des problèmes et des besoins

Des besoins (suite)

l'appétence à s'actualiser, la confiance en soi; les ressources de base telles les ressources cognitives, le langage, les aptitudes psychomotrices et le tempérament; une émotivité adéquate, une capacité d'attachement; une compétence sociale, c'est-à-dire, une perception de la réalité, une autonomie à l'égard des influences sociales, une adéquation dans les relations interpersonnelles, une adéquation dans l'amour, le travail, le jeu. [16]

Le besoin d'autrui se traduit par la relation avec un ou des adultes stables, ainsi qu'avec des pairs. Il se manifeste par le moyen du jeu surtout chez le jeune enfant.

> "Besoin de mouvement, mais aussi de repos et de détente; besoin de sécurité, mais désir de s'affronter au danger; besoin de socialisation et de recherche d'autonomie; besoin d'imitation de l'adulte mais aussi besoin de création personnelle; besoin de fiction mais aussi d'intérêt pour le réel; besoin de sentir les choses mais aussi d'agir sur elles". [17]

Les besoins liés au développement de l'intelligence reposent sur les moyens de communication comme le langage, l'acquisition du savoir, le potentiel intellectuel de base, une adaptation des méthodes d'apprentissage au niveau d'évolution intellectuelle, etc. [17]

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Les services

Les services de santé mentale à l'adresse des jeunes relèvent de la santé, du social et de l'éducation. Ils sont publics et privés.

Du côté de la santé, des services de première ligne sont surtout assumés dans les cabinets privés de médecin. Par contre, les C.L.S.C. commencent à offrir des services de prévention aux enfants par le biais des programmes de santé maternelle et infantile. Les médecins oeuvrant dans les C.L.S.C. offrent des services curatifs de santé mentale aux jeunes. [16]

Mais les soins curatifs sont surtout offerts dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux spécialisés en pédiatrie,sur une base interne et externe, et ambulatoire. [16]

Dans le domaine social, des pédiatres offrent leur collaboration aux C.S.S. pour des activités de diagnostic, de coordination et d'orientation. En fait, dans le domaine social, différents ministères du Québec s'impliquent: Justice, Education, Communautés culturelles et Immigration, Affaires sociales. [16]

> "La majorité des services sociaux publics sont regroupés à l'intérieur des établissements du réseau des Affaires sociales". [16]

Les C.L.S.C. dispensent des services courants aux jeunes, les C.S.S. offrent de la protection sociale, et les Centres de réadaptation offrent de la réadaptation, en hébergement ou en externe. [16]

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Les services (suite)

"Des services sociaux privés sont habituellement distribués par des organismes à but non lucratif financés par des campagnes publiques (ex.: Centraide) ou par des subventions spéciales gouvernementales". [16]

Les refuges pour femmes battues et leurs enfants, le Bureau de consultation-jeunesse à Montréal, les Y.W.C.A et Y.M.C.A., etc. sont des exemples de ces organismes sans but lucratif. [16]

"Les organismes privés sont souvent considérés comme étant plus près du public. Ils sont plus petits que les organismes publics et organisés en fonction d'un besoin exprimé par un segment de la population. D'un autre côté, l'instabilité de leur financement en rend parfois l'existence éphémère". [16]

Dans le milieu de l'Education, on retrouve les services personnels aux élèves qui

"...ont pour but de contribuer à la réalisation des objectifs de l'éducation scolaire en soutenant notamment le cheminement personnel des élèves à l'école". [16]

Les services de santé et sociaux y exercent d'une manière limitée une disponibilité aux jeunes, les premiers dans le cadre de certains programmes comme la santé physique, l'éducation à la sexualité, etc.; les seconds s'articulent entre la vie personnelle et familiale de l'élève et sa vie scolaire. [16]

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Les services (suite)

A ces catégories de services, il faut rajouter les cabinets privés de psychologues, de travailleurs sociaux, des services d'orthophonie, d'audiologie, d'ophtalmologie qui indirectement peuvent influencer positivement la santé mentale des jeunes. [16]

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Les interventions

L'évaluation de problèmes constitue la première intervention en santé mentale. Elle peut déboucher sur de simples conseils, mais aussi sur les différentes interventions à caractère thérapeutique qui suivent. [16]

Ces interventions thérapeutiques ou de rééducation s'adressent aux jeunes, à leurs parents ou à leur famille. Elles prennent la forme de psychothérapies individuelles, de rééducations individuelles, d'orientation et thérapie parentales, de psychothérapie parents-enfants, de thérapies familiales, de psychothérapie de groupe pour enfants, d'orientation parentale de groupe, d'interventionsen situation de crise, d'approche du réseau primaire. [16]

> "Ces traitements et rééducations sont de différents types possibles dépendant de la formation des thérapeutes ou rééducateurs. Ils peuvent être combinés. Ils ne sont pas disponibles partout". [16]

Selon le cas, ces interventions peuvent durer de quelques mois à quelques années. [16]

L'utilisation de médicaments chez les jeunes est plus limité que chez les adultes, mais répond tout de même à des indications précises. [16]

La thérapie de milieu (i.e. en milieu thérapeutique) est offerte aux jeunes sous forme de

> "- hospitalisation en milieu psychiatrique spécialisé de durée variable (courte, moyenne ou longue);

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Les interventions (suite)

- hospitalisation de jour et plus rarement de nuit;
- classes de jour en milieu hospitalier où l'approche dominante est celle de l'éducation spécialisée;
- foyers de groupe thérapeutiques". [16]

Le placement familial spécialisé consiste en des interventions curatives dans un foyer familial thérapeutique. [16]

Ces interventions, inscrites surtout dans les services de santé, doivent souvent s'appuyer sur des collaborations de type social ou éducatif. Ces collaborations peuvent prendre la forme de consultation auprès d'autres intervenants dans le cadre de l'évaluation du problème, de discussions de cas, de supervision de thérapies, de participation à l'évaluation de milieux de vie, de programmes d'aide et à leur développement, de participation à des activités d'éducation des intervenants. [16]

Les C.S.S. offrent de la protection sociale en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse particulièrement pour les enfants maltraités; ils s'occupent aussi des jeunes contrevenants, dans le cadre de la Loi canadienne sur les jeunes contrevenants. Les enfants mésadaptés sur le plan socio-affectif bénéficient d'interventions de la part de Centres de réadaptation, des C.S.S. et des C.L.S.C. visant à:

"...encourager l'apprentissage et le développement de l'autonomie". [16]

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Les interventions (suite)

Concernant les jeunes mères en difficulté d'adaptation, les interventions visent à:

> "...les aider à prendre elles-mêmes leur décision en ce qui a trait à la poursuite ou non de la grossesse et, ensuite, de les aider à assumer toutes les responsabilités inhérentes à leur décision. (...) aider l'adolescente à développer son autonomie, à assumer la responsabilité de sa grossesse et celle de l'enfant à naître, et à reprendre sa place dans la communauté". [16]

Les enfants handicapés physiquement ou mentalement se voient offrir des interventions de nature à les rendre autonomes

> "...en utilisant le plus possible les ressources de la famille, du milieu social et du milieu scolaire". [16]

Les groupes autochtones et les jeunes immigrants, de même que ceux de minorités culturelles bénéficient de différents programmes de la part des services sociaux. [16]

Dans les C.L.S.C., des interventions à caractère préventif sont effectuées dans le cadre des programmes concernant la périnatalité (cours, visites prénatales, visites postnatales, etc.), des programmes à l'intention des 0-5 ans (immunisation, dépistage, relations parents-enfants, matinées enfantines, etc.), des programmes de santé scolaire (dépistage, information, enseignement), des programmes d'action communautaire à l'intention

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Les interventions (suite)

des jeunes, des programmes de maintien à domicile (aide à l'éducation des enfants en plus des activités d'aide à la personne malade). 16

Les interventions reliées à la santé mentale dans le milieu scolaire sont constituées de:

"- aide personnelle accordée aux élèves en voie de dysfonctionnement et intervention menée auprès de leur famille et de l'école qu'ils fréquentent ou encore auprès d'organismes appropriés;
- actions d'information, de sensibilisation ou d'animation menées auprès de groupes d'élèves, de groupes de parents ou du personnel d'une école pour agir sur les conditions qui menacent ou entravent la développement personnel et social des élèves;
- participation à diverses activités éducatives qui visent à contrecarrer certaines déviations ou problèmes sociaux (ex.: toxicomanie, violence, etc.) ou à améliorer le climat scolaire;
- établissement de diverses formes de collaboration entre l'école et les ressources sociales telles qu'on les retrouve dans des organismes à vocation sociale (C.L.S.C., clubs sociaux, groupes communautaires, etc.)". 16

De plus, on assure

"...un soutien et un complément aux activités de développement assumées par l'enseignement et aux services complémentaires aux élèves; (...)". 16

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Les interventions (suite)

On participe aussi à la solution des problèmes rencontrés par l'élève dans son cheminement personnel à l'école. [16] Enfin, par le biais du cours de formation personnelle et sociale, on fournit un apport préventif en relation avec la santé mentale des jeunes. [16]

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Les ressources humaines

Différents professionnels jouent un rôle direct auprès des jeunes relativement à la santé mentale.

Dans le secteur santé, il y a les omnipraticiens, les pédiatres, le personnel infirmier, et d'une manière spécialisée les pédopsychiatres. Ils sont souvent secondés par des professionnels non médicaux concernant le domaine psychosocial plus particulièrement. Il s'agit des psychologues, et des travailleurs sociaux. Enfin, des intervenants tels des orthophonistes, et des inhalothérapeutes, des techniciens en loisir, peuvent collaborer d'une manière plus ponctuelle. [16]

Des éducateurs spécialisés, des ergothérapeutes, des orthopédagogues, des psycho-éducateurs, des psychomotriciens, etc. collaborent dans des cas particuliers.

Dans le domaine social,

> "-l'intervention (...) auprès des enfants et des jeunes exige de plus en plus un travail interdisciplinaire: travailleurs sociaux, techniciens en service social, médecins, psychiatres, psychologues, criminologues, psycho-éducateurs, avocats, etc.". [16]

L'apport de bénévoles dans la communauté est important. [16]

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Les ressources humaines (suite)

Le réseau de l'éducation sollicite la collaboration de nombreuses catégories de professionnels, comme les conseillers en orientation professionnelle, les orthophonistes, les psycho-éducateurs, les psychologues. Des interventions plus spécialisées sont assumées par des orthopédagogues, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des psychomotriciens, des nutritionnistes, des hygiénistes dentaires, des techniciens en braille, des éducateurs spécialisés, etc. 16,20

Il bénéficie aussi de coopération en provenance des réseaux de santé et social. 16

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

La recherche

Des recherches se font dans le monde dans le domaine génétique pour évaluer le rapport entre le matériel génétique et les caractéristiques personnelles et les maladies mentales chez les enfants.

D'autres ont révélé

> "...une relation entre le type morphologique et les traits de caractère propres à l'ajustement social (...)". 16

D'autres encore portent sur les facteurs périnataux précurseurs de problèmes mentaux. Les facteurs environnementaux, familiaux, scolaires, hospitaliers font aussi l'objet d'études. Le contexte socio-économique commence seulement à soulever l'intérêt des chercheurs comme facteur contributif de troubles mentaux. Des facteurs de situation, comme la séparation, le deuil sont souvent étudiés. Concernant les facteurs de développement,

> "une bonne part de la littérature surtout d'orientation psychanalytique attribue à des problèmes de fixation ou de régression à différents stades de développement les psychopathologies ultérieures". 16

Enfin, des études portent sur

> "...les types de personnalité les plus susceptibles de développer des pathologies". 16

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

La recherche (suite)

Relativement à la prévention en santé mentale des jeunes,

> "La recherche pertinente (...) est abondante dans certains domaines fondamentaux où l'action préventive est susceptible d'établir des bases. (...) La recherche la plus nécessaire pour fonder l'action dans nos milieux est précisément celle qui a trait à notre contexte propre". [16]

Au Québec, plusieurs établissements mettent sur pied des programmes dont la conduite permet de développer des connaissances dans des domaines comme l'entraide maternelle, la compétence parentale, etc. [16]

Notons enfin que le Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale de l'U.Q.A.M.

> "...a entrepris de reconceptualiser la problématique de l'enfance maltraitée en élargissant les facteurs étiologiques pour inclure les données qui concernent l'environnement de l'individu". [16]

Commentaire général

> "De manière synthétique, les informations reçues et l'observation nous révèlent deux tendances. D'un côté, les soins de santé et sociaux de nature curative englobent presque la majorité des argents et des énergies. Les intervenants se sentent insécures par manque de formation pour intervenir de façon globale

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

La recherche

Commentaire général (suite)

et non sectorielle en santé mentale, en particulier lorsqu'il y aurait intérêt à élargir les interventions de l'individu, à sa famille immédiate ou à un environnement plus large. De plus, il existe une perception beaucoup plus intuitive que scientifique de la nature des problèmes et lorsqu'une intervention est faite, des résultats obtenus". 16

"Les structures actuelles ne favorisent pas non plus une approche intégrée et continue qui pourrait permettre de réaliser des programmes coordonnés en santé mentale. D'un autre côté, ce sont très souvent les professionnels qui passent outre ces structures et qui établissent les liens permettant la mise en place de services continus ou de projets. Ils répondent ainsi aux problèmes de la discontinuité des interventions et des lacunes importantes dans la nature et la pertinence des services selon l'évolution ou l'importance des problèmes rencontrés. C'est aussi ce que réalisent les nombreux organismes à but non lucratif et les associations diverses par les programmes et les services qu'ils réalisent. Ils ont une part importante à jouer dans la diversité et l'adaptation de ces services aux besoins d'aujourd'hui et stimulent le réseau officiel par leur grande flexibilité et leur vitalité". 16

LA NOTION DE SANTE MENTALE

En 1985, le C.S.M.Q. a opté pour une notion dynamique et complémentaire plutôt que normative et définitive de la santé mentale. Cette option s'inspire de l'évolution du concept élargi de santé en général, qui

> "...implique un bien-être à la fois physique, mental et social" [9]

et du

> "...passage de la notion de maladie psychiatrique à celle de santé mentale". [9]

La connaissance d'interactions biologiques, psychologiques et contextuelles tant au niveau du déclenchement et de l'évolution que des conséquences de problématiques de santé mentale, implique des changements dans la perception de ces problématiques et dans le choix des interventions. Ainsi la démarcation entre la santé et la maladie mentale n'est pas aussi évidente qu'elle ne paraissait et l'individu n'est plus la seule cible d'intervention. [9]

En conséquence, le C.S.M.Q. adopte les idées qu'on ne peut généraliser à des milieux sociaux et culturels différents un modèle de santé mentale s'inspirant des caractéristiques moyennes d'un groupe dominant; qu'on ne peut considérer les problématiques de santé mentale avec la seule optique de distribution de services, les priorités risquant d'être déterminées en fonction de considérations surtout administratives et professionnelles; qu'on ne peut envisager la santé mentale à partir d'un modèle idéal qui ne pourrait tenir compte de variations culturelles d'une société à l'autre; que ce serait un mythe de viser la santé absolue en cherchant à éliminer tout conflit, toute souffrance de l'existence humaine;

(suite)

enfin, qu'on ne peut confier à un système de services et à ses professionnels toute la responsabilité de la prise en charge des problèmes de santé mentale de la population sans engendrer une dépendance de cette population envers ce système, elle-même générant de nouveaux services. [9]

Néanmoins, il est important d'arriver à établir un discours commun facilitant l'orientation des réflexions et précisant les limites et les articulations d'un champ concerné. De même, l'adoption d'un concept commun facilite la diversification et l'orientation complémentaires des interventions et des services.

C'est pourquoi, le C.S.M.Q. propose une notion de la santé mentale axée sur la problématique. L'objectif visé est celui

> "...d'indiquer des repères qui permettent de mieux comprendre comment agissent les processus liés à la santé mentale..." [9]

plutôt que de déterminer le rôle de "régulateur social". [9] La présentation de cette problématique s'inspire du modèle vulnérabilité/stress et des mécanismes d'adaptation "coping mecanisms". [9]

Les éléments principaux de cette problématique sont donc, d'une part, les interactions complémentaires entre les dimensions biologiques, psychologiques et contextuels (environnementales) et, d'autre part, une conception dynamique de l'adaptation où les forces de l'environnement et celles de l'individu ont une importance égale. [9]

(suite)

L'influence du contexte s'exerce sur la personne elle-même, et sur les stratégies qu'elle élabore pour les affronter. L'adaptation dynamique de l'individu se réalise en fonction de

> "...ses potentialités (...) de ses stratégies d'adaptation (coping style), (...) de son vécu subjectif et de son désir". [9]

Ce rapport entre le contexte et l'individu est toujours dynamique et dans un état d'équilibre qui cherche à se maintenir. Devant l'incapacité d'une des composantes de suffire au maintien de cet équilibre, des interventions peuvent s'avérer nécessaires. Ces interventions peuvent prendre la forme soit de résolution de problèmes, soit

> "...d'épaulement de stratégies permettant d'affronter ces problèmes ou ces situations. Le C.S.M.Q. préconise l'utilisation en priorité, de ce dernier type d'interventions orientées vers des problèmes de santé mentale et des services psychiatriques centrés sur les maladies mentales". [9]

Ainsi la notion de santé mentale peut être envisagée selon trois axes, l'axe biologique, l'axe psychologique du développement et l'axe contextuel.

L'axe biologique

La maladie mentale qui constitue le noyau dur de l'étude sur la santé mentale a permis par les méthodes utilisées jusqu'à maintenant pour connaître son processus, la diagnostiquer et la traiter, en plus d'en démontrer l'existence, de découvrir pour plusieurs formes

L'axe biologique (suite)

une implication biologique certaine. Ainsi, elle peut être reliée soit à une modification de la structure anatomique du cerveau ou de l'équilibre des substances neurophysiologiques cérébrales, soit à une atteinte génétique particulière.

La psychopharmacologie a permis la découverte de marqueurs (agents spécifiques) chimiques impliqués dans les manifestations psychologiques.

> "La recherche sur les marqueurs biologiques et chimiques a une bonne chance de nous éclairer un jour sur plusieurs énigmes de la folie restées sans réponse à ce jour". [9]

Elle est suffisamment éclairante pour éviter que soit vidée

> "...la notion de santé mentale de tout contenu médical et psychiatrique". [9]

Une conséquence concrète de ces résultats de recherches est l'approche "psychiatrie de liaison".

> "Cette démarche qui incorpore dans une approche systémique de la pratique médicale, intègre dans un modèle transactionnel les marqueurs biologiques et les marqueurs psychologiques et sociaux associés aux processus pathologiques". [9]

Cette approche est appliquée en chirurgie, en obstétrique, etc.

L'axe psychologique du développement

L'axe psychologique du développement est privilégié ici parce qu'il permet de

> "...décrire les modalités de relation et d'interaction entre la subjectivité personnelle et la réalité objective..." 9

et donc de

> "...se centrer plus sur le processus que sur le contenu de l'expérience psychologique". 9

Cette perspective permet de considérer la personne comme évoluant durant toute sa vie. Elle reflète les différences de fonctionnement du psychisme de l'enfant et de l'adulte. Elle individualise la notion de santé mentale. Enfin, elle considère

> "...le fonctionnement humain sous l'angle réaliste de l'interaction dynamique entre l'individu et son environnement". 9

Cette interaction dynamique prend

> "...une importance différente selon le moment de la croissance et les évènements particuliers dans chacun des domaines en interaction". 9

Quant au bien-être de l'individu, il

L'axe psychologique du développement (suite)

> "...dépend de plusieurs facteurs dont ceux qui correspondent aux tâches "développementales" qu'il doit assumer en fonction des forces et des faiblesses accumulées et de l'attitude plus ou moins adéquate de son entourage". 9

Plusieurs théories ou modèles ont été élaborées et permettent de montrer

> "...à l'intérieur des étapes de développement (...) les forces qui sont mises en présence et ce que signifie l'étape en termes de potentiel d'accomplissement maturationnel et de mode d'appréhension de l'univers". 9

Parmi ces théories, citons celles sur le développement de la pensée (Piaget, Kohlberg, Selman), le développement psychosocial (Erikson), le développement adulte (Vaillant) et le développement du moi (Loevinger). Ces théories, à travers les étapes d'évolution et les directions qu'empruntent les changements, nous montrent

> "...que l'évolution de la personne opère vers une conscience plus aigue du monde extérieur comme donné objectif en même temps que se développe la conscience du monde intérieur ou de la multidimensionnalité de la personne humaine. (...) L'évolution se fait aussi vers une plus grande capacité de résoudre des problèmes d'ordre logique et social de plus en plus complexe. (...) Etant donné que ces fonctions décrites dépendent souvent pour leur transformation d'une interaction continue, il est possible de voir comment un certain environnement crée les conditions adéquates soit pour favoriser certains modes de fonctionnement, soit pour offrir une stimulation à la croissance". 9

L'axe psychologique du développement (suite)

L'évolution de la personne

> "...se trouve étroitement liée à la qualité et à la richesse des relations interpersonnelles appropriées à l'étape du développement". [9]

L'axe contextuel

Plusieurs éléments de contexte entrent en jeu, de différentes manières et par divers mécanismes, lors de la formation de la personnalité. Ils agissent particulièrement par des exigences et par des tensions générées chez l'individu.

> "Les sociétés diffèrent dans leur manière d'aménager les problèmes psychiatriques et de les expliquer; (...) de plus, des facteurs d'ordre sociétal influencent le cours des problèmes psychiatriques". [9]

Par exemple, des facteurs d'ordre socio-culturel peuvent contribuer à la chronicisation de problèmes psychiatriques:

> "...les valeurs, normes et attitudes présentes dans une société, la manière dont on réagit aux problèmes, les solutions que l'on aménage, le fonctionnement des systèmes de support naturel, l'orientation et la mise en acte des systèmes d'interprétation". [9]

> "Le concept de réseau social a permis d'étendre l'étude des relations sociales concrètes au-delà du cercle familial et d'y intégrer les divers rapports sociaux qui tissent l'existence quotidienne", [9]

L'axe contextuel (suite)

alors que la

> "...notion de support naturel (...) veut décrire une portion du réseau social, définie à partir du type d'échange qui y circule". [9]

La notion de contexte social doit donc être éclatée et laisser voir ses différents niveaux.

Ainsi, deux grands champs d'influence et d'intervention relatifs à la santé mentale peuvent être décrits: le champ social général et le champ relationnel. Dans le champ social général quatre grands contextes peuvent être perçus:

- le contexte culturel (les valeurs de base, le rapport au temps et à l'histoire, et les structures familiales);
- le contexte écologique social (urbanisation rapide et diversifiée, la problématique rurale, la réalité écologique nationale);
- le contexte socio-économique général (la pauvreté, le chômage, la marginalisation des groupes, etc.);
- le contexte de prise en charge (réponses structurées aux besoins et problèmes, dépersonnalisation de la prise en charge). [9]

De son côté, le champ relationnel offre trois perspectives contextuelles:

- le contexte familial (relations familiales, l'hérédité, l'environnement extrafamilial);

L'axe contextuel (suite)

- les réseaux sociaux et les systèmes de support naturels (les liens entre les personnes, les dynamiques sociales des milieux, le réseau social, le support social, les groupes d'entraide);
- le contexte écologique social (support direct et indirect de l'entourage, de groupes ou d'association, support par ajustement social). [9]

Le caractère dynamique des dimensions biologique, psychologique et contextuel de la notion de santé mentale poussent à écarter une définition normative à caractère statique de celle-ci. En faveur d'une notion dynamique de la santé mentale, on peut rajouter la relativité des signes et des critères que l'on associe à une bonne ou à une mauvaise santé mentale, selon les ethnies, les cultures, et même les classes sociales. [9]

Par exemple

> "...les classes défavorisées privilégient un mode d'expression somatique des problèmes. (...) Dans notre société (...) l'importance accordée aux valeurs d'autonomie et d'indépendance conduit à une dévalorisation systématique de tout ce qui pourrait avoir une connotation de dépendance. (...) Une santé mentale idéale n'existe pas. (...) Il faut plutôt parler de degrés de santé dont la valeur est relative au contexte et au type de critère que l'on entend considérer. (...) La maladie mentale n'est pas une abstraction ou un mythe; elle constitue une réalité dont l'occurence répond à la convergence d'une série de facteurs. (...) Un simple critère de "bonne adaptation" est insuffisant pour définir une bonne santé mentale si cette idée place du côté du milieu la référence principale à laquelle doit s'ajuster l'individu; de la même manière, des définitions en terme

L'axe contextuel (suite)

strictement individuels, comme celles qui prônent les théories humanistes dans notre société, nous paraissent demeurer trop centrées sur la personne et ne pas réfléter ces dimensions interactives de la santé telle qu'elle est vécue dans la vie quotidienne. (...) De manière générale, on peut dire que la santé mentale est à comprendre comme une tension, une perspective qui demande certaines conditions pour pouvoir s'actualiser de manière optimale; on ne peut la cerner en terme d'un contenu définissable à priori et à partir duquel on pourrait porter un jugement sur l'état de santé mentale d'individus ou de groupes". [9]

VERS LA PRISE DE DECISION

- principes généraux
- orientations
- objectifs
- moyens d'action

Principes généraux

La planification en santé mentale ne peut se limiter à une préoccupation d'organisation de services visant à couvrir le plus grand champ possible de problèmes de santé mentale.

L'implication des individus comme agents de changement de leur propre situation est fondamentale en santé mentale. Les professionnels doivent concevoir leur rôle,

> "...en terme de soutien, de complément, pas nécessairement de leadership". [9]

La collaboration doit s'établir entre les professionnels et les communautés ainsi que les groupes de milieu.

Les habitudes d'intervention doivent être l'objet de modifications:

> "... - au niveau d'un changement de point de vue, dans la mesure où les personnes, les groupes, les communautés ne sont plus seulement perçus comme des sources de problèmes mais comme possédant des dynamiques propres qu'il est important de chercher à connaître, comprendre et promouvoir;
> - au niveau d'un élargissement des catégories d'acteurs impliqués tant par rapport à l'objet sur lequel on intervient (..) que par rapport aux acteurs de l'intervention, les professionnels ne représentant qu'une des catégories d'intervenants possibles; (...);
> - au niveau d'une diversification des niveaux d'intervention à concevoir: individuel, communautaire, social...". [9]

Principes généraux (suite)

Enfin,

> "...des actions centrées sur les individus et les facteurs singuliers qui les influencent ne sont plus suffisantes". 9

En regard du développement rapide des connaissances et des interventions sur le plan biologique, particulièrement en psychopharmacologie,

> "...il est important de tenir compte de l'éclairage qu'elles jettent sur la dynamique de la santé mentale et des problèmes qui y sont liés". 9

Concernant le développement de la santé mentale, il est préférable

> "...de ne pas trop fractionner les programmes et interventions en fonction des classes d'âge afin de ne pas renforcer abusivement le clivage que nous avons pu opérer dans notre société à l'intérieur de cette dimension". 9

Enfin, dans le domaine contextuel, les mesures doivent

> "...permettre à des individus ou à des groupes de conserver un certain jeu d'autonomie et de ne pas se sentir piégés par les problèmes ou dans un sentiment de dépendance par rapport aux services". 9

Principes généraux (suite)

En conséquence, le planificateur en santé mentale doit considérer:

1. la participation active de la personne à toute action susceptible de développer, maintenir ou restaurer sa santé mentale;

2. la participation et la contribution des membres et des organismes de chaque communauté locale au développement, au maintien et à la restauration de la santé mentale des personnes faisant partie de cette communauté;

3. le support et le soutien de l'Etat, des établissements et des services publics à l'effort des personnes et des communautés, en recherchant un équilibre capable d'assurer à la fois le développement, le maintien et la restauration de la santé mentale des citoyens.[9]

rientations

rientations
énérales

En vertu de l'approche multidimentionnelle (biologique, psychologique et contextuelle), la planification en santé mentale doit élargir le champ des interventions. 1,3,9

Le C.S.M.Q. suggère les deux champs suivants:

- "...un "noyau dur" où l'on se préoccupe des problèmes psychiatriques lourds: au niveau de la prévention, du traitement et des actions de réadaptation"; 9

- "...une "aura" plus large, plus directement concernée par la santé mentale et où il serait moins question de préciser une série de lois ou de modèles que de sensibiliser et de créer des "mécanismes d'attention" et de soutien aux dynamiques existantes". 9

Le fait d'élargir le champ d'intervention en santé mentale ne signifie pas que l'on doive privilégier un domaine par rapport à l'autre, ni de croire que l'un va remplacer l'autre, ni de gérer en transférant des argents et des ressources d'un champ vers l'autre. 9

Les connaissances actuelles sur les maladies mentales graves ne permettent pas de croire que les ressources préventives vont définitivement avoir raison d'elles. 5,11

Orientations

Orientations des actions

Les actions doivent se situer à différents échelons et dans plusieurs domaines:

" - à un échelon de la société, à travers des actions visant le champ des valeurs (rapports entre les sexes, valeurs travail, loisirs, rapport à l'histoire...), les modes d'organisation du travail ou l'aménagement de l'espace urbain par exemple; elles peuvent impliquer la sensibilisation et la mobilisation d'instances gouvernementales diverses touchant le monde du travail, le droit, la sphère de l'éducation...;

- l'échelon d'interventions professionnelles où il s'agit d'éviter un double danger: celui d'un hyperprofessionnalisme, tentation lorsque l'on commence à ouvrir le champ; celui d'un hypoprofessionnalisme, en raison d'une vision trop générale et pas assez nuancée de l'apport des non-professionnels ou des communautés dans différents domaines ou à cause d'une démission des instances responsables; les données relevées dans la littérature fournissent des pistes importantes permettant de repérer les groupes particulièrement vulnérables ou fragiles (...);

- l'échelon d'interventions non professionnelles qui ont plus de chances de s'articuler directement sur les problèmes concrets vécus dans un milieu et d'agir à partir des valeurs et stratégies qui y sont privilégiées". [9]

De plus, elles doivent s'inscrire dans une

"...optique de complémentarité et de pluralisme". [9]

rientations

rientations
es actions
suite)

Ainsi l'intervention en santé mentale doit: [3]

- être adaptée aux besoins spécifiques de la personne, via une diversité et une flexibilité des formes d'aide et le respect des compétences de la personne;
- assurer la participation de la personne dans l'identification du problème et à l'actualisation des mesures d'aide;
- être accessible le plus près possible du milieu de vie de la personne et en permanence;
- être fondée sur le potentiel de la personne en lui permettant d'acquérir les compétences requises pour son épanouissement;
- être le résultat d'une action concertée entre les différents niveaux d'action préventive, thérapeutique et de réadaptation, etc.;
- être associée et intégrée au milieu par une approche communautaire de la santé mentale et un réseau de services capables d'actualiser une telle approche.

Pour assumer les changements qui s'imposent dans notre système de santé mentale dans les plus bref délais et dans le sens de ces orientations, trois zones d'activité s'inscrivent en priorité.

Orientations

Orientations des actions (suite)

L'information

"...la maladie mentale est synonyme de retrait, de marginalité, voire même de dangerosité. Il faut donc démystifier cette réalité en la faisant mieux connaître à la population. Pour y parvenir, des programmes d'information, de sensibilisation et de promotion de la santé mentale doivent être mis en place". [3]

L'intervention de crise

"Par le biais d'une approche intégrée, ces services (d'intervention de crise) devront être en mesure de s'adresser à un ensemble de situations de crise reliées à des difficultés personnelles, familiales ou sociales des individus".[3]

Programmes de maintien en milieu naturel

"...permettre aux individus de recevoir les services que requiert leur état tout en demeurant dans leur milieu de vie. Deux conditions sont essentielles pour y parvenir, soit tout d'abord rendre les services accessibles dans le milieu de vie de la personne et ensuite mettre à contribution les personnes de ce milieu". [3]

Orientations

Orientations des actions (suite)

"En plus de permettre une réintégration progressive pour certaines personnes, ces programmes doivent aussi viser l'amélioration de la qualité de vie des personnes ayant besoin d'une assistance prolongée, voire même permanente". 3

Objectifs

Objectifs de santé mentale

Les principaux objectifs de santé mentale que l'on peut formuler à la lumière des connaissances décrites plus haut, sont les suivants:

- diminuer l'incidence de troubles psychosociaux au Québec (alcoolisme, toxicomanie, délinquance, etc.);
- diminuer l'incidence de maladies mentales chez les adultes au Québec;
- diminuer la proportion de personnes souffrant de maladies mentales chroniques au Québec;
- augmenter la proportion de malades mentaux pouvant maintenir un degré d'autonomie dans la société au Québec;
- diminuer l'incidence du suicide chez les jeunes de 15-30 ans au Québec;
- diminuer l'incidence des handicaps mentaux à la naissance;
- diminuer l'incidence des handicaps mentaux dans la petite enfance;
- diminuer l'incidence des maladies mentales chez les adolescents;

Objectifs de recherche

Deux objectifs de recherche sont essentiels pour assurer le développement des connaissances en santé mentale:

- former des chercheurs en santé mentale; [11]

bjectifs

bjectifs de
echerche
suite)

- développer des programmes de recherche en santé mentale à l'échelle provinciale, régionale et locale, tant en prévention qu'en traitement et réadaptation et support dans le milieu. "

bjectifs
'éducation

Pour assurer la compétence des citoyens et des intervenants en santé mentale, deux objectifs sont proposés:

- développer l'éducation du public sur la santé et les maladies mentales; "
- développer la formation professionnelle des intervenants tant en prévention, qu'en traitement, réadaptation et support dans le milieu. "

bjectifs de
oins

Les orientations formulées plus haut suggèrent les objectifs de soins suivants:

- privilégier les interventions validées récemment et qui tiennent compte des facteurs d'efficacité identifiés; "
- modifier la pratique hospitalocentriste en considérant les hôpitaux psychiatriques et les départements de psychiatrie non plus comme la pierre angulaire de la distribution des services, mais plutôt comme un élément parmi un ensemble d'agents distributeurs de services; "
- ajuster le réseau de services sur les besoins spécifiques des usagers plutôt que sur des techniques ou des programmes répondant aux préférences des intervenants; "

Objectifs

Objectifs de soins (suite)

- mettre l'accent sur ce qui est le plus proprement de nature préventive en santé mentale.

es moyens
'action

a recherche

n prévention

Le C.S.M.Q., par le biais des recommandations formulées dans les Avis consultés, suggèrent de nombreux moyens visant à atteindre les objectifs décrits plus haut, concernant la recherche, l'éducation et les soins.

Après avoir facilité aux chercheurs l'accès à l'information des dossiers de santé mentale, [11]

- Créer une structure de recherche indépendante de niveau provincial, qui impliqueraient des chercheurs, des intervenants et des citoyens, chargés entre autre de valider par des projets pilotes des interventions en santé mentale; [2,11]

- mettre en place des programmes de recherche dans les institutions de services et les groupes communautaires concernés; [2,11]

- solliciter, avec support, des projets de recherche en prévention auprès des membres de la communauté; [2,11]

- affermir, clarifier et faire connaître les bases scientifiques de la prévention primaire en santé mentale; [16]

- développer et faire connaître les outils et le matériel pour soutenir les activités de prévention; [16]

- développer et faire connaître des programmes d'interventions préventives adaptées à notre milieu; [16]

- inscrire la problématique du suicide parmi les thèmes de recherche; [13]

Les moyens d'action

La recherche

En prévention (suite)

- expérimenter des programmes de prévention respectant des normes rigoureuses de conception, d'exécution et d'évaluation; [16]

- appuyer la recherche portant sur la connaissance des populations et des milieux; [16]

- inciter et supporter le développement d'expériences pilotes pour déterminer les effets de l'organisation du système scolaire sur la santé mentale des adolescents; [1]

- définir, pour les services de loisir, des modèles de programmes aptes à favoriser le développement de la santé mentale; [1]

- développer des programmes de recherche sur l'adaptation des jeunes adultes au marché du travail; [1]

- trouver des modes d'intégration au travail qui puissent permettre aux décrocheurs sans emploi de s'engager dans des activités utiles et valorisantes; [1]

- développer les connaissances sur l'impact des garderies dans un contexte québécois sur les jeunes enfants; [19]

- inclure dans les sujets de recherche les psychopathologies graves de l'enfance; [21]

- identifier les populations à haut risque pour les psychopathologies graves de l'enfance; [21]

Les moyens d'action	
La recherche	
En traitement	- Développer des études contrôlées sur des psychothérapies à court terme qui ont de bonnes bases scientifiques, qui sont efficaces pour une grande partie de la population, sans discrimination de classes socio-économiques, et les plus économiques; 5,11 - faire des études scientifiques sur la place de la thérapie électroconvulsive dans le traitement des malades mentaux, tenant compte de leur usage au Québec; 5,11 - poursuivre les projets de recherche en science neurologique et en pharmacologie sur les causes organiques de certaines maladies mentales et sur le développement de médicaments plus spécifiques et moins toxiques; 5,11 - solliciter auprès du réseau de soins aux enfants atteints de psychopathologies graves des projets de recherche encadrés par les milieux universitaires. 21
En réadaptation et support dans le milieu	- Faire des recherches comparatives sur des modalités de traitement institutionnel et non institutionnel; 10,11 - créer un pôle de recherche sur le développement des connaissances et des modes d'intervention psychosociale; 10,11

Les moyens d'action

La recherche

En réadaptation et support dans le milieu (suite)

- étudier les modalités de systématiser les interventions psychosociales; [11]
- étudier les moyens organisationnels pouvant assurer la continuité des soins; [10,11]
- faire des recherches sur les obstacles au maintien dans la communauté; [10,11]
- entreprendre une étude sur les conditions de vie et le financement des centres d'accueil et pavillons rattachés aux hôpitaux psychiatriques, pour trouver des solutions aux problèmes qui se posent quant aux possibilités d'animation de milieu et de traitement dans ces centres. [21]

L'éducation

En prévention

- Introduire des cours de prévention en santé mentale, y compris la problématique du suicide, dans la formation préliminaire et continue des travailleurs en santé mentale; [2,11,13]
- produire et diffuser dans la population du matériel éducatif en prévention; [2,11]
- aider les familles à assumer leur rôle envers les enfants, de diverses façons: éducation en planification familiale, aide aux mères en détresse psychologique, etc.; [1]

Les moyens d'action	
L'éducation	
En prévention (suite)	- sensibiliser et informer la population et les professionnels sur la prévention, le dépistage et l'élimination des psychopathologies graves de l'enfance. 21
En traitement	- Former des psychothérapeutes sensibilisés à un vaste répertoire de techniques psychothérapeutiques dans une démarche multidisciplinaire; 5,11
	- former les médecins à traiter les troubles mentaux et les problèmes psychosociaux par d'autres moyens que la seule médication; 5,11
	- assurer la formation continue de tous les intervenants en santé mentale; 5,11
	- diffuser de l'information gratuite sur la santé et la maladie mentale à l'adresse du public. 5,11
n réadaptation t support dans e milieu	- Réviser les programmes éducatifs destinés aux intervenants de façon à inclure de la formation en intervention de crise, en intervention familiale et en habiletés de coordination, etc.; 10,11
	- rendre disponibles aux intervenants du milieu, des consultants pour les supporter dans le développement des habiletés en ce sens. 10,11

Les moyens d'action

Les services

En prévention

- Clarifier les champs de prévention par rapport à ceux du traitement; 2,11

- équilibrer les efforts consentis aux programmes axés sur les individus et ceux axés sur les communautés ou environnements; 2,11

- privilégier les interventions de prévention suivantes:

" - les interventions individuelles et sociales visant à bonifier le réseau de support des individus;

- les interventions de crise au niveau de l'individu incluant une approche cathartique et cognitive ainsi qu'un souci de s'arrêter au réseau social et aux supports de l'environnement;

- les interventions individuelles et sociales de solutions de problèmes ou plus généralement d'acquisition de stratégies;

- les interventions visant des changements dans la pratique de diverses institutions (hôpitaux, lieux de travail, lois, etc.)". 2,11

- privilégier les stratégies de prévention suivantes:

" - un contact actif avec la population sur son propre territoire

Les moyens d'action

Les services

En prévention (suite)

- le recours aux médias

- l'identification des moments de plus grande sensibilité au changement chez les gens et chez les communautés

- un apport plus grand des groupes d'entraide

- des liens à créer entre professionnels et aidants profanes

- le développement de groupes de coalition pour la santé mentale formé de citoyens et de professionnels

- les approches facilitant les apprentissages (recours à des paris comme modèles, petits groupes de rencontre, rétroaction individuelle et communautaire, etc.)". 2,11

- Impliquer divers agents sociaux non engagés spécifiquement en santé mentale (syndicats, patronat, écoles, police, etc...); 2,11

- élaborer et mettre en application une politique cohérente et concertée de lutte contre le suicide; 13

- poursuivre et renforcer les actions préventives dans le domaine de la santé physique surtout des femmes enceintes et des jeunes enfants; 1

- mettre en place des centres de consultation génétique accessibles à la population; 1

Les moyens d'action

Les services

En prévention (suite)

- mettre à la disposition des enfants jugés vulnérables des services de garderie de jour, de prématernelle et de maternelle avec des programmes répondant à leurs besoins de développement; [1]

- inciter les services personnels aux élèves dans le milieu scolaire à mettre davantage l'accent sur la prévention en santé mentale; [1]

- consolider l'action des services personnels aux étudiants et en particulier celui du service d'orientation dans les écoles secondaires, les C.E.G.E.P., et les Universités; [1]

- mettre sur pied, des programmes d'aide aux parents d'adolescents, à partir des écoles; [1]

- adapter les programmes de santé pour adolescents, aux besoins de ces derniers; [1]

- supporter les personnes impliquées dans les mouvements de population immigrante ou liés à certains réaménagements du territoire québécois; [1,16]

- développer des programmes de pré-retraite chez les travailleurs; [1]

- accorder une attention spéciale aux personnes forcées de vivre dans des milieux isolés et les aider à maintenir les niveaux de contact social; [1]

es moyens
'action

es services

n prévention
suite)

- mettre en place des mesures favorisant l'intégration sociale des personnes âgées; [1]

- assurer aux enfants du Québec la qualité des services de garde qui leur sont destinés; [19]

- favoriser explicitement la prévention primaire au niveau des services de garde pour jeunes enfants; [19]

- élaborer une politique familiale mettant l'emphase sur le bien-être de l'enfant et sur la responsabilité parentale; [17]

- mettre en place des programmes de prévention dans le but d'éviter que ne se détériorent des situations familiales et scolaires qui peuvent conduire des jeunes en milieu sécuritaire; [17]

n traitement

- Privilégier les techniques psychothérapeutiques les plus reconnues et les plus efficaces scientifiquement, ou du moins cliniquement; [5,11]

- favoriser les traitements non institutionnels, collectifs, et à court terme si possible; [5,11]

- humaniser les contacts intervenant-client; [5,11]

Les moyens d'action

Les services

En traitement (suite)

- mettre sur pied dans les C.H. et les C.L.S.C. des programmes coordonnés de dépistage, d'évaluation et de traitement précoce et continu des enfants souffrant de troubles de développement; [1]

- créer dans chaque région socio-sanitaire un groupe de travail permanent mixte (éducation-santé-social) pour faciliter les actions relatives aux psychopathologies graves de l'enfance; [21]

- utiliser davantage le personnel infirmier comme psychothérapeute, et d'autres ressources humaines compétentes; [5,11]

- favoriser la psychothérapie à long terme chez les malades mentaux "majeurs" pour faciliter leur ajustement et leur maintien dans la communauté; [5,11]

- surveiller (Office de la protection du consommateur) l'exploitation des plus démunis par des psychothérapeutes sans qualification; [5,11]

- utiliser la thérapie électroconvulsive en dernier ressort, pour des pathologies sévères et lorsque la vie du malade est en danger; [5,11]

- développer d'autres méthodes thérapeutiques moins draconniennes que la thérapie électroconvulsive; [5,11]

es moyens
'action

es services

n traitement
suite)

- élaborer et faire appliquer un protocole unique d'utilisation de la thérapie électroconvulsive; 5,11

- diminuer la surutilisation des médicaments en apprenant aux gens à trouver des solutions plus efficaces à long terme que la prise de médicaments; 5,11

- fournir à chaque usager du lithium, les directives préconisées par la N.I.M.H.; 5,11

- favoriser la sectorisation des services en santé mentale, en fonction des besoins des personnes et de l'accessibilité des ressources; 15

- assurer la prise en charge*des enfants souffrant de psychopathologies graves par une équipe pédopsychiatrique multidisciplinaire à leadership médical; 21

- implanter des équipes pédopsychiatriques pluridisciplinaires à leadership médical, dans chacune des régions administratives du Québec, pour assurer la prise en charge*des enfants souffrant de psychopathologies graves; 21

- assurer par des ententes (M.E.Q. - M.S.S.S.) dans chaque région, une prise en charge*locale, coordonnée, diversifiée bien que conjointe et spécialisée, individualisée, continue et adaptée à l'âge où la pathologie est le plus susceptible de répondre au traitement, dans les cas de psychopathologies graves de l'enfance; 21

* La prise en charge implique ici des familles entières et plusieurs organismes scolaires et institutionnels. 21

Les moyens d'action

Les services

En traitement (suite)

- spécialiser, dans chaque région, des unités dans les centres d'accueil pour enfants (en interne, en atelier ou en centre de jour), pour des personnes souffrant de psychopathologie grave de l'enfance, associée à la déficience mentale; 21

- développer dans chaque région des Centres de jour pédopsychiatriques, rattachés à des services de pédopsychiatrie, localisés en milieu hospitalier, en milieu scolaire, ou ailleurs, pour les enfants souffrant de psychopathologie grave de l'enfance, mais ne pouvant être intégrés dans le milieu scolaire; 21

- améliorer les services d'urgence en fonction d'une disponibilité de 24 heures par jour et à raison de 7 jours par semaine, sur place, aux C.L.S.C. et à l'hôpital; 12

- intégrer tous les services de traitement dans un réseau complémentaire et coordonné régionalement et localement; 12

- encourager la sectorisation des services en santé mentale afin que: 15

    - la population soit assurée que ses besoins en santé mentale seront identifiés même s'ils ne sont pas encore exprimés;

- la tendance au rejet des grands malades mentaux soit contrecarrée, en particulier ceux qui sont déficients ou schizophrènes au profit de la sélection des cas qui sont les plus faciles ou qui répondent aux critères du professionnel plutôt qu'aux besoins réels de la population;

- l'accessibilité et la continuité des soins soient favorisées;

- les charges cliniques soient réparties équitablement et régularisées en fonction des ressources disponibles et encouragent une meilleure répartition géographique de ces ressources;

- répartir (C.R.S.S.S.) les besoins des populations et assigner la responsabilité de leurs soins entre les différents établissements qui relèvent de leur compétence; [15]

- prévoir un échéancier en vue de développer des services adéquats là où les besoins sont les plus pressants; [15]

- repréciser les conditions auxquelles une personne peut être admise en cure fermée; [14]

- reformuler les garantis des droits de recours d'une personne admise en cure fermée; [14]

VERS LA PRISE DE DECISION

Les moyens d'action	
Les services	
En traitement (suite)	- déterminer la responsabilité du consentement au traitement d'une personne admise en cure fermée, mais refusant d'être traitée, et de celle sous la juridiction du Curateur public; [14]
	- reviser obligatoirement le statut d'incapable et les modalités d'en appeler concernant la Loi de la Curatelle publique. [14]
En réadaptation et support dans le milieu	- Mettre sur pied des ressources alternatives et des équipes de secteur pour assurer un suivi à la clientèle sous traitement à long terme, particulièrement les psychotiques; [10,11]
	- multiplier les facilités pour les interventions de crise, tant sur place que dans le réseau institutionnel; [10,11]
	- multiplier, en priorité les interventions auprès des familles et de l'entourage; [10,11]
	- développer rapidement des ressources diversifiées dans la communauté autant pour la fonction hébergement que pour la fonction réadaptation; [10,11]
	- assurer dans l'allocation des fonds, une continuité à long terme et l'implication d'une diversité de ressources interreliées plutôt qu'une ressource isolée qui risque d'avoir un impact minimal; [10,11]
	- redéfinir la spécificité des mandats des institutions psychiatriques (C.H., C.A., pavillons, etc.); [10,11]

s moyens
action

s services

réadaptation
support dans
milieu
uite)

- reconnaître officiellement le rôle des ressources alternatives autonomes, de vigilance et concurrentes; 3

- assurer l'existence des ressources alternatives et leur fonctionnement par des fonds suffisants et par des exigences les moins contraignantes possibles; 3

- solliciter la collaboration et la participation des ressources alternatives à l'actualisation des priorités d'action en santé mentale; 3

- développer des structures intermédiaires au niveau de l'ensemble des établissements oeuvrant en santé mentale; 3

- encourager les efforts de prises en charge du milieu en matière de service de garde pour jeunes enfants; 19

- permettre aux parents d'exercer dans les faits un libre choix véritable et un contrôle permanent de la qualité des services de garde pour jeunes enfants; 19

- établir une cohérence entre tous les services de support à la famille; 19

- mettre en place, des comités de placement d'enfants, pour assumer la qualité de la prise de décision; 17

- assurer un plan de service individualisé pour chaque enfant placé; 17

- reviser obligatoirement la situation de tous les enfants placés; 17

Les moyens d'action

Les services

En réadaptation et support dans le milieu (suite)

- mettre en place, dans les centres d'accueil, une structure permanente d'accréditation et d'évaluation des unités sécuritaires; [17]

- mettre sur pied des comités consultatifs pour considérer toutes les demandes de stérilisation à des fins non-thérapeutiques chez les personnes déficientes mentales; [22]

- assurer à la famille d'un enfant souffrant de psychopathologie grave de l'enfance, un support tant pour l'acceptation du handicap de l'enfant que pour l'éducation particulière que nécessite son état; [21]

- mettre sur pied des services d'hébergement bref ou d'aide à domicile pour alléger la tâche des familles d'enfants souffrant de psychopathologie grave de l'enfance; [21]

- intégrer les personnes adultes ayant souffert de psychopathologie grave de l'enfance aux ressources déjà existantes d'ateliers protégés et d'hébergement pour les adolescents et les adultes mentalement handicapés; [21]

- mettre en place dans chaque région des ressources diversifiées permettant la scolarisation optimale et le traitement des enfants souffrant de psychopathologie grave de l'enfance dans les écoles, les hôpitaux et les centres d'accueil pour enfants; [21]

Les moyens d'action

Les services

En réadaptation et support dans le milieu (suite)

- prendre en charge, dans chaque région, au moyen d'unités spécialisées du secteur de mésadaptation socio-affective, tous les enfants souffrant de psychopathologie grave de l'enfance:

  - qui requièrent une scolarisation en milieu spécialisé, mais ne nécessitant pas un cadre institutionnel;

  - qui reviennent en milieu scolaire après un séjour en milieu institutionnel. [21]

RESUME

RESUME

ETATS DE SITUATION

Les adultes

Des problèmes
p. 5-6

. situations problématiques

A l'origine de plusieurs problèmes, on peut rencontrer:

- de la discrimination, de l'indifférence, de la marginalisation
- de l'isolement, de la pauvreté chronique, du chômage
- des maladies physiques débilitantes ou handicapantes
- du deuil, de la violence, un hébergement inadéquat
- des inaptitudes personnelles
- etc.

. problèmes

Ces problèmes peuvent être:

- d'ordre émotif, conjugaux
- liés au travail, à la justice
- de l'alcoolisme, de la toxicomanie
- des tendances suicidaires, du suicide
- des maladies mentales: dépression, schyzophrénie, etc...
- etc.

Des besoins
p. 6-7

Naturellement ou conséquemment à ces problèmes, les besoins sont:

- des facilités et des aptitudes à assumer son quotidien
- une bonne intégration sociale
- du travail et un revenu adéquat
- des ressources d'aide adéquates et respectueuses des droits
- de la sécurité et de l'intégrité physique

ETATS DE SITUATION

Les adultes

Des besoins
p. 6-7
(suite)

- un sens à la vie et un sentiment d'utilité
- de l'information sur les problèmes et sur leur résolution
- de la participation à la résolution de problèmes
- un pouvoir de modifier son environnement
- des relations affectives positives
- des valeurs et de l'appartenance
- etc.

Les services
p. 8-11

Pour répondre à ces besoins, on met à la disposition de la population:

- des départements de psychiatrie
- des centres hospitaliers à vocation psychiatrique
- des centres d'accueil
- des centres des services sociaux
- des centres locaux de services communautaires
- des ressources intermédiaires: pavillons, familles d'accueil, des appartements supervisés et satellites
- des cabinets privés de professionnels
- des ressources alternatives
- des services d'urgence mobile et d'écoute téléphonique.

. lacunes

Des rapports parvenus au ministère et une consultation populaire effectuée par le C.S.M.Q. font ressortir les lacunes suivantes dans l'organisation des services actuelle:

- du professionnalisme excessif
- des services insuffisamment axés sur les besoins

ETATS DE SITUATION

Les adultes

Les services
p. 8-11
(suite)

. lacunes
(suite)

- une concentration excessive des services
- une répartition inégale des ressources
- des alternatives insuffisantes
- l'hospitalisation de déficients mentaux et de personnes âgées ne le nécessitant pas
- la reconnaissance non officielle des ressources alternatives
- etc.

Les interventions
p. 12-22

. préventives

Deux types d'interventions préventives sont proposés:

- les réactives:
  - diminution de la vulnérabilité
  - atténuation des risques
  - obstacle aux conséquences négatives de situations problématiques
- les promotionnelles
  - développement, maintien et amélioration de la santé mentale

.. appréciation

Des études démontrent qu'elles sont:

- faisables
- populaires auprès des intervenants
- prometteuses selon certaines conditions

ETATS DE SITUATION

Les adultes

Les interventions
p. 12-22
(suite)

. thérapeutiques

En santé mentale, les interventions curatives prennent la forme de:

- psychothérapie verbale
- psychothérapie verbale avec mise en situation particulière
- un apport physique (électrochoc, etc.)
- un apport pharmacologique

.. appréciation

Les psychothérapies:

- sont plus efficaces avec certaines populations et certains problèmes
- sont plus efficaces si associées avec la pharmacologie et des interventions environnementales dans les cas de troubles majeurs
- bénéficieraient de recherches évaluatives

Les électrochocs:

- sont efficaces dans des situations précises
- leur usage est en régression
- leur usage est disparate selon les régions du Québec

Les médicaments:

- sont efficaces dans des cas précis
- permettent la recherche étiologique et thérapeutique
- favorisent la réinsertion sociale et le maintien dans le milieu

ETATS DE SITUATION

Les adultes

Les interventions
p. 12-22
(suite)

. de réadaptation

Les interventions en réadaptation peuvent se présenter sous formes

- d'alternatives à l'hospitalisation traditionnelle
  - hospitalisation brève
  - hospitalisation partielle ou de jour
  - non-hospitalisation
  - abrègement de l'hospitalisation à long terme
- d'alternatives à la clinique externe traditionnelle
  - ajout minimal
  - hospitalisation de jour
  - programmes complets et intégrés

.. appréciation

Les études,

- ne suggèrent pas l'exclusion de la fonction asilaire
- ne suggèrent pas l'exclusion des départements de psychiatrie
- prévoient des alternatives valables

Les ressources
humaines
p. 22

Les différentes catégories de professionnels concernés par la santé mentale sont:

- les médecins: psychiatres et omnipraticiens
- les infirmières et les infirmiers
- les psychologues, les travailleurs sociaux, les psycho-éducateurs, les ergothérapeutes, etc.
- etc.

RESUME

ETATS DE SITUATION

Les adultes

Les ressources humaines
p. 22
(suite)

. appréciation

Des rapports et la consultation populaire soulignent:

- que leur préparation et leur travail sont peu ou pas complémentaires
- une insuffisance de préoccupation pour la prévention et la recherche
- une professionnalisation exclusive de leurs actes

La recherche
p. 23-24

La recension de la littérature démontre que la recherche en santé mentale:

- est rare au Québec
- présente des problèmes méthodologiques
- ne couvre pas plusieurs champs psychosociaux
- n'est pas suffisamment l'objet d'expériences pilotes

Les enfants et les adolescents

Des problèmes
p. 26-41

. situations problématiques

Plusieurs des problèmes de santé mentale ou troubles psychosociaux des jeunes ont un rapport avec:

- la pauvreté chronique du milieu familial
- une éducation insuffisante de la mère
- des complications périnatales modérées et sévères
- des retards ou irrégularités de développement
- des anomalies génétiques

ETATS DE SITUATION

Les enfants et les adolescents

Des problèmes p. 26-41 (suite)

. situations problématiques (suite)

- une psychopathologie parentale
- un stress prolongé de la mère pendant la grossesse
- de l'alcoolisme et toxicomanie de la mère pendant la grossesse
- une déficience nutritionnelle de la mère pendant la grossesse
- une sédation de la mère pendant l'accouchement
- de piètres procédures obstétricales
- un faible poids à la naissance
- des soins néo-natals du prématuré
- une maladie grave d'un des parents
- une perception négative de l'enfant par un des parents
- une criminalité d'un parent
- un faible niveau de scolarité des parents
- la sévérité des parents
- certaines dynamiques et structures familiales
- un placement prolongé en institution
- l'isolement social et la privation culturelle
- le placement en milieu sécuritaire
- des services de garde mal organisés
- l'hospitalisation
- une coupure trop grande entre le milieu familial et l'école
- un deuil, la séparation des parents, une pression à la réussite académique ou le contraire
- etc.

RESUME

ETATS DE SITUATION

Les enfants et les adolescents

Des problèmes
p. 26-41
(suite)

.. problèmes

Ces problèmes peuvent être:

- des difficultés d'ajustement ou d'apprentissage
- de la délinquance, une psychopathie
- des troubles de croissance physique et/ou affective
- des troubles d'attention visuelle, de succion, de réponse à l'allaitement
- des troubles de lecture
- une déficience intellectuelle
- des troubles du comportement, d'harmonisation de la relation avec autrui
- des troubles de perception de soi
- des maladies mentales: dépression, schyzophrénie, autisme et autres psychopathologies graves de l'enfance, etc.
- des suites à la négligence ou aux mauvais traitements
- de l'alcoolisme ou toxicomanie
- de la prostitution, de la délinquance
- un échec scolaire, de l'absentéisme, du décrochage, du vandalisme, etc.

Les besoins
p. 41-42

Les besoins naturels ou consécutifs à ses problèmes sont:

- des compétences à assumer le quotidien
- des compétences à faire face aux crises de la vie
- des compétences à résoudre les problèmes
- une bonne alimentation
- une stimulation par des adultes significatifs

ETATS DE SITUATION

Les enfants et les adolescents

Les besoins
p. 41-42
(suite)

- une continuité, une stabilité et une consistance affectives
- un estime de soi
- de la sécurité
- de la capacité et de l'efficacité
- une identité intégrée
- de la motivation et une actualisation
- de la confiance en soi
- des aptitudes psychomotrices
- le langage, le savoir
- un potentiel intellectuel et de l'apprentissage
- autrui
- etc.

Les services
p. 43-45

Pour répondre à ces besoins, il existe:

- les cabinets privés de professionnels
- les C.L.S.C.: services courants
- les C.H. généraux et pédiatriques: services spécialisés
- les C.S.S.: protection sociale
- les C.A. de réadaptation: réadaptation
- les organismes sans but lucratif
- les services personnels aux élèves
- etc.

ETATS DE SITUATION

Les enfants et les adolescents

Les interventions p. 46-50

Dans les services, les professionnels pratiquent les interventions suivantes:

- l'évaluation de problème
- des conseils
- de la thérapie ou de la rééducation individuelles ou de groupe
- de l'orientation et de la thérapie parentales
- de la psychothérapie parents-enfants
- de la thérapie familiale
- de l'intervention en situation de crise
- une approche du réseau primaire
- de la prescription de médicaments
- de la thérapie de milieu (hospitalisation, foyers, etc.)
- du placement familial
- de la consultation multidisciplinaire
- de la protection sociale
- de la réadaptation
- des programmes préventifs périnataux
- des programmes préventifs pour les 0-5 ans
- des programmes préventifs en santé scolaire
- des programmes d'action communautaire
- des programmes de maintien à domicile
- de la formation personnelle et sociale
- etc.

ETATS DE SITUATION

Les enfants et les adolescents

Les ressources humaines
p. 51-52

Ces professionnels sont:

- les médecins: omnipraticiens, pédiatres, pédopsychiatres
- le personnel infirmier
- les psychologues, les travailleurs sociaux
- les orthophonistes
- les techniciens en loisir
- les éducateurs spécialisés, les ergothérapeutes
- des criminologues, les psychoéducateurs, des avocats
- des bénévoles
- les conseillers en orientation professionnelle
- les nutritionnistes, les hygiénistes dentaires
- des techniciens en braille
- etc.

La recherche
p. 53-55

Des recherches portent sur:

- la génétique
- les facteurs périnataux
- les facteurs environnementaux
- le contexte socio-économique
- les facteurs contextuels ou situationnels
- les facteurs de développement de la personne
- l'enfance maltraitée et l'environnement
- etc.

RESUME

LA NOTION DE SANTE MENTALE
p. 57-66

Le C.S.M.Q. propose pour cerner toutes les dimensions de la santé mentale,

- une notion dynamique et complémentaire
- impliquant des interactions biologiques, psychologiques et contextuelles
- basée sur une adaptation dynamique aux forces de l'environnement
- et sur un rapport dynamique entre l'individu et son contexte.

VERS LA PRISE DE DECISION

Principes généraux
p. 68-70

Une planification appropriée en santé mentale doit considérer:

- la participation de la personne
- la participation de la communauté
- le support de l'Etat.

Orientations générales
p. 71

Elle doit, de plus s'orienter vers:

- le "noyau dur" que constituent les problèmes psychiatriques lourds
- une "aura" plus large, considérant les dynamiques existantes.

Orientations des actions
p. 72-75

A cet effet, les actions doivent se situer:

- à un échelon de la société: valeurs, modes d'organisation, etc.
- à l'échelon professionnel
- à l'échelon non professionnel.

Les actions prioritaires devraient être:

- l'information
- l'intervention de crise
- les programmes de maintien en milieu naturel.

VERS LA PRISE DE DECISION

Objectifs de santé mentale
p. 76

La planification doit rechercher les résultats suivants:

- diminuer l'incidence de:
  - troubles psychosociaux (alcoolisme, toxicomanie, délinquance, pauvreté, etc.)
  - maladies mentales (chez les adultes, à la naissance, dans la petite enfance, chez les adolescents)
- diminuer la proportion de malades mentaux chroniques
- augmenter la proportion de malades mentaux pouvant maintenir un degré d'autonomie

Objectifs de recherche
p. 76-77

- former des chercheurs en santé mentale
- développer des programmes de recherche (province, région, local) en prévention, traitement, réadaptation et support dans la communauté.

Objectifs d'éducation
p. 77

- développer des programmes d'éducation du public sur la santé et les maladies mentales
- développer la formation professionnelle des intervenants en prévention, en traitement, en réadaptation et support dans la communauté.

Objectifs de soins
p. 77-78

- utiliser les interventions efficaces validées
- modifier la pratique hospitalocentriste au profit d'un ensemble d'agents distributeurs de services
- ajuster le réseau de services sur les besoins des usagers
- mettre l'accent sur la prévention en santé mentale.

VERS LA PRISE DE DECISION

Les moyens d'action

La recherche
p. 79-82

Pour obtenir ces résultats, le C.S.M.Q. préconise:

- une structure de recherche indépendante de niveau provincial
- des programmes de recherche dans les institutions de services et les groupes communautaires
- des études et/ou du développement et/ou des projets pilotes relativement à:
  - les bases scientifiques de la prévention primaire
  - les outils et le matériel soutenant les activités de prévention
  - la prévention adaptée au milieu
  - la prévention du suicide
  - les effets de l'organisation du système scolaire sur la santé mentale des adolescents
  - les services de loisir favorisant la santé mentale
  - l'adaptation des jeunes adultes au travail
  - l'intégration des décrocheurs au travail
  - l'impact des garderies sur les jeunes enfants du Québec
  - les psychopathologies graves de l'enfance
  - les psychothérapies à court terme
  - la place des thérapies électroconvulsives
  - les causes organiques des maladies mentales
  - la psychopharmacologie
  - les modalités de traitement institutionnel et non institutionnel
  - les modes et la systématisation des interventions psychosociales
  - la continuité des soins

VERS LA PRISE DE DECISION

Les moyens d'action

La recherche
p. 79-82
(suite)

- les obstacles au maintien dans la communauté
- l'animation de milieu et le traitement dans les centres d'accueil et les pavillons rattachés aux hôpitaux psychiatriques

L'éducation
p. 82-83

- l'éducation de la population et/ou des travailleurs en santé mentale relativement à:
  - la prévention en santé mentale
  - la prévention du suicide
  - le rôle des familles envers les enfants
  - la prévention, le dépistage et l'élimination de psychopathologies graves de l'enfance
  - un vaste répertoire de techniques psychothérapeutiques et la démarche multidisciplinaire
  - les différents moyens autres que la médication pour traiter les troubles mentaux et les problèmes psychosociaux
  - la santé et la maladie mentale
  - l'intervention de crise
  - l'intervention familiale

Les services
p. 84-95

. en prévention
p. 84-87

- la dispensation de services en rapport:
  - au réseau de support des individus
  - aux situations de crise
  - à la solution de problème

VERS LA PRISE DE DECISION

Les moyens d'action

Les services
p. 84-95

. en prévention (suite)

- à l'acquisition de stratégie
- aux changements dans la pratique des institutions
- à la lutte contre le suicide
- à la santé physique des femmes enceintes et des jeunes enfants
- à la consultation génétique et épidémiologique
- à la garde des jeunes enfants
- à la santé mentale des élèves
- aux parents et à la famille
- aux personnes migrantes, préretraitées, isolées

. en traitement
p. 87-92

- une priorité aux techniques psychothérapeutiques reconnues efficaces, et non institutionnelles si possible
- un ajout de services pour les enfants avec troubles du comportement et psychopathologies graves de l'enfance
- le maintien dans la communauté avec psychothérapie à long terme des malades mentaux majeurs si possible
- le contrôle de la pratique psychothérapeutique, de l'usage des électrochocs
- des alternatives aux électrochocs et à la surutilisation de médicaments
- une sectorisation des services en fonction des besoins des personnes et de l'accessibilité des ressources
- des services d'urgence sur place, dans les C.L.S.C. et à l'hôpital, en tout temps
- des services complémentaires et coordonnés
- une révision de conditions de cure fermée et de curatelle publique

VERS LA PRISE DE DECISION

Les moyens d'action

Les services
p. 84-95
(suite)

. en réadaptation et support dans le milieu

- des ressources alternatives et équipes de secteurs pour suivi à la clientèle sous traitement à long terme
- des interventions de crise
- des interventions auprès des familles et de l'entourage
- des ressources diversifiées dans la communauté
- des structures intermédiaires entre établissements et communauté
- des services de garde pour jeunes enfants
- des services de support à la famille
- une réinsertion sociale des enfants souffrant de psychopathologies graves de l'enfance si possible.

Le domaine du planificateur en santé mentale ne concerne pas seulement l'organisation de services de traitement et de réadaptation, mais aussi de prévention.

Il ne touche pas seulement l'organisation de services mais aussi la recherche et la formation d'agents en prévention, en traitement et en réadaptation.

De plus, le planificateur accorde une attention spéciale aux ressources du milieu et au support à ce milieu.

Il considère la connaissance des besoins des individus et des collectivités relativement à leur santé mentale comme son premier outil de travail. Il analyse et interprète ces besoins dans leurs dimensions actuelles et prospectives.

A cet égard, le présent document vise à aider le planificateur à s'acheminer dans la prise de décision dans des dossiers de santé mentale concernant les adultes et les jeunes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Comité de la santé mentale du Québec (C.S.M.Q.), 1973, La prévention dans le domaine de la santé mentale, ministère des Affaires sociales, Québec, 66 p.

2. C.S.M.Q., 1985, La santé mentale: prévenir, traiter et réadapter efficacement; livre 2, l'efficacité de la prévention, Avis; ministère des Affaires sociales, Editeur officiel du Québec, 158 p.

3. C.S.M.Q., 1985, La santé mentale: rôle et place des ressources alternatives, Avis sur les ressources alternatives, ministère de la Santé et des Services sociaux, Editeur officiel du Québec.

4. C.S.M.Q., 1983, Avis pour un programme d'information de masse en santé mentale, ministère des Affaires sociales, Editeur officiel du Québec, 41 p.

5. C.S.M.Q., 1985, La santé mentale: prévenir, traiter et réadapter efficacement; livre 3, l'efficacité du traitement, Avis; ministère des Affaires sociales, Editeur officiel du Québec, 157 p.

6. C.S.M.Q., 1977, Psychochirurgie et Sismothérapie, Avis, ministère des Affaires sociales, Québec, 6 p.

7. C.S.M.Q., 1976, La sismothérapie, ministère des Affaires sociales, Québec

8. C.S.M.Q., 1977, Conditions devant régir l'utilisation des thérapies du comportement de type aversif dans les centres d'accueil pour enfants déficients mentaux profonds, ministère des Affaires sociales, Québec, 4 p.

9. C.S.M.Q., 1985, La santé mentale, de la biologie à la culture, Avis sur la notion de santé mentale, ministère des Affaires sociales, Editeur officiel du Québec, 158 p.

10. C.S.M.Q., 1985, La santé mentale, prévenir, traiter et réadapter efficacement, livre 4, l'efficacité de la réadaptation, Avis, ministère des Affaires sociales, Editeur officiel du Québec, 123 p.

11. C.S.M.Q., 1985, La santé mentale, prévenir, traiter et réadapter efficacement, livre 1, synthèse et recommandation, Avis, ministère des Affaires sociales, Editeur officiel du Québec, 115 p.

12. C.S.M.Q., 1972, L'organisation des services de soins psychiatriques, Avis, ministère des Affaires sociales, Québec, 26 p.

13. C.S.M.Q., 1983, Prévenir le suicide au Québec, Avis sur la prévention du suicide, ministère des Affaires sociales, Editeur officiel du Québec, 101 p.

14. C.S.M.Q., 1978, La loi de protection du malade mental, Considérations du Comité de la santé mentale du Québec, ministère des Affaires sociales, Québec, 41 p.

15. C.S.M.Q., 1975, La sectorisation, étude et avis, ministère des Affaires sociales, Québec, 14 p.

16. C.S.M.Q., 1985, La santé mentale des enfants et des adolescents, vers une approche plus globale. Avis sur la protection et le développement de la santé mentale des jeunes. ministère de la Santé et des Services sociaux, Editeur officiel du Québec, 251 p.

17. C.S.M.Q., 1981, Avis sur les enfants placés, ministère des Affaires sociales, Editeur officiel du Québec, 72 p.

18. C.S.M.Q., 1978, Les conditions de détention des jeunes en centre d'accueil de transition et de réadaptation de type sécuritaire, premier avis, ministère des Affaires sociales, Québec, 32 p.

19. C.S.M.Q., 1983, Impact des garderies sur les jeunes enfants, où va le Québec?,Avis sur les services de garde, ministère des Affaires sociales, Québec, 102 p.

20. C.S.M.Q., 1985, L'école et la santé mentale, état de la question de la santé mentale en milieu scolaire. Annexe de l'Avis sur la protection et le développement de la santé mentale des jeunes, ministère de la Santé et des Services sociaux, Editeur officiel du Québec, 89 p.

21. C.S.M.Q., 1983, Avis sur l'autisme et les autres psychopathologies graves de l'enfance, ministère des Affaires sociales, Editeur officiel du Québec, 186 p.

22. C.S.M.Q., 1980, Avis du Comité de la santé mentale du Québec sur la stérilisation et la déficience mentale, ministère des Affaires sociales, Québec, 43 p., plus 4 Annexes intégrées.

Du même auteur:

GRENIER, M., md, HOULD, F.J., md, L'application des techniques behaviorales aversives dans des institutions pour handicapés mentaux. Ministère des Affaires sociales, Québec, Mai 1977, non publié.

GRENIER, M., md, Rapport général des visites d'agrément des Centres hospitaliers à vocation psychiatrique de la province de Québec. Ministère des Affaires sociales, Québec, Mars 1979, non publié.

GRENIER, M., md, L'enfant, son autonomie, sa santé mentale. Document de réflexion. Ministère des Affaires sociales, Québec, Janvier 1982.

GRENIER, M., md, et coll., Guide de promotion de la santé mentale. Ministère des Affaires sociales, Québec, Octobre 1984.

GRENIER, M., md, La santé mentale au travail passe par la satisfaction de faire. Article à paraître.

Collaboration spéciale

ASSOCIATION DES DIRECTEURS DES DEPARTEMENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRE, Comité consultatif en santé mentale communautaire, Eléments pour une approche préventive en santé mentale communautaire. Québec, Août 1983.

LE COMITE DE LA SANTE MENTALE DU QUEBEC

Créé en 1971, le C.S.M.Q. a le mandat général de coopérer à la réalisation des activités de planification dont le ministère de la Santé et des Services sociaux a la responsabilité dans le champ de la santé mentale.

Nommés par le gouvernement, ses membres sont recrutés dans le secteur de la santé et des services sociaux, des universités, et incluent des représentants de la population.

Le C.S.M.Q. reçoit ses mandats spécifiques du Ministre de la Santé et des Services sociaux. Son rôle principal se situe au niveau de la recherche et de la communication du savoir.

Il procède par récension de documents scientifiques, par consultation dans les milieux scientifiques et dans la population, par incursion dans des milieux reconnus pour leur expérience. Il profite enfin de l'expertise de ses membres.

NOTE SUR L'AUTEUR

Marc Grenier est médecin spécialisé en psychiatrie des adultes, des enfants et des adolescents. Il est à l'emploi du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec depuis 1976.

Il a oeuvré au niveau de l'agrément des services de santé, de la santé communautaire et de la santé au travail, des études et des politiques de santé. Depuis le début de 1985, il est en service au secrétariat du C.S.M.Q.

Il effectue présentement (nov 85-nov 86) un stage d'étude en services de première ligne en santé mentale au C.H.U.L. de Québec.